

Lane Medical Library

Ervaringen over het begin
van de longtuberculose
bij volwassenen

Groningen

H. BOOM

ERVARINGEN OVER HET BEGIN VAN DE
LONGTUBERCULOSE BIJ VOLWASSENEN

Ervaringen over het begin van de longtuberculose bij volwassenen

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DEN
GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE
AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN
OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS Dr
H. J. BACKER, HOOGLEERAAR IN DE FACUL-
TEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE, TEGEN DE
BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GE-
NEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP VRIJDAG
13 MAART 1931, DES NAMIDDAGS TE 3 UUR

DOOR

HENDRIK BOOM

GEBOREN TE STREEFKERK





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154010_0054

AAN DE NAGEDACHTENIS VAN MIJN VADER
AAN MIJN MOEDER
AAN MIJN VROUW

Het verschijnen van dit proefschrift is mij een welkome aanleiding U, Hoogleeraren en Oud-hoogleeraren van de Geneeskundige en Wis- en Natuurkundige Faculteiten te Groningen, mijn dank te betuigen voor het van U genoten onderwijs.

Mijn gedachten gaan hierbij vanzelfsprekend terug naar mijn overleden leermeesters HAMBURGER en REDDINGIUS. Aan den laatste vooral voel ik mij veel verplicht voor de jaren, waarin ik als assistent aan zijn laboratorium eenig nader inzicht in de pathologische anatomie mocht verwerven.

In het bijzonder ben ik U, Hooggeleerde POLAK DANIELS, Hooggeachte Promotor, grooten dank verschuldigd voor de wijze waarop U mij bij het bewerken van dit proefschrift ter wille bent geweest; eenerzijds liet U mij vrijheid om mijn onderwerp, ver van de Universiteit, zelfstandig uit te werken, anderzijds was geen moeite U te veel om mij met raad en daad te helpen en te steunen. Uw groote kennis aangaande het onderwerp heeft mij met eerbied vervuld.

Zeker mag een woord van dank aan U, Zeergeleerde KOCH, hier niet ontbreken voor de jaren waarin ik als assistent in het Haagsche Gemeente-ziekenhuis gastvrijheid genoot. Die jaren gedenk ik steeds als een bij uitstek belangrijke, leerzame en aangename periode van mijn leven, en dat dank ik wel in de allereerste plaats aan U, Zeergeleerde DE JONGH. De wijze waarop U de geneeskunde beoefent, heeft een onuitwisbaren indruk op mij gemaakt. Uw voorbeeld voor oogen te kunnen hebben, is een voorrecht, dat ik op zeer hoogen prijs stel. Dat ik ook na mijn vertrek uit het ziekenhuis vele blijken van belangstelling en vriendschap van U heb mogen ontvangen, heeft mij zeer verheugd en met erkentelijkheid vervuld.

Zeergeleerde MORTIER HIJMANS, gij kunt als den vader van dit proefschrift worden beschouwd. Op uw instigatie immers, heb ik dit werk ondernomen, steeds heb ik op uw hulpvaardig-

heid en belangstelling mogen rekenen. Dat ik op het consultatie-bureau, dat door U op zoo bijzondere wijze geleid wordt, heb mogen werken, waardeer ik in hooge mate.

Ik ben mij bewust, geachte zuster REIM, U veel moeite te hebben berokkend. Wees U overtuigd dat U deze moeite niet aan een ondankbare besteed hebt.

Tenslotte past mij een woord van dank aan de Studie-commissie van de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose voor den mij zoo welwillend verleenden steun.

HOOFDSTUK I

Ter inleiding volge hier in korte trekken een schets van den ontwikkelingsgang van het tuberculosevraagstuk, dat sinds oudsher in het middelpunt van de belangstelling der geneeskundigen heeft gestaan.

We zullen volstaan met in herinnering te roepen, hoe de geneeskundigen der oudheid, verstoken van de ervaringen van lijkopening en dierexperiment, algemeen de meening waren toegedaan, dat men met een hereditaire ziekte te maken had.

„Phthisicus e phthisico nascitur”, leerde HIPPOCRATES, en in de praktijk kwam het daar inderdaad meestal op neer. Generatie na generatie zag men door de ziekte aangetast, tot bijkans een geheel geslacht was uitgeroeid. Deze opvatting heeft langen tijd stand gehouden, is zelfs nu, zij het in veranderden vorm, nog niet geheel en al verlaten. Allengs brak evenwel ook een andere meening baan, volgens welke de tuberculose als een besmettelijke ziekte moet worden beschouwd. Zoo deelt MORGAGNI bijv. reeds mede, dat hij uit vrees voor besmetting de obductie van phthisislijders naliet. FERDINAND VI van Spanje vaardigde in 1751 een koninklijke ordonnantie uit, waarin maatregelen werden voorgeschreven, die zijn volk tegen de besmetting moesten beschermen, in Napels werd op het einde der 18e eeuw verplichte aangifte van phthisispatiënten ingesteld, opdat men maatregelen voor isolement en ontsmetting kon treffen. Deze opvattingen waren echter zuiver hypothetisch, zij misten het objectieve bewijs. Daarbij kwam, dat men ook omtrent het beloop der ziekte weinig heldere voorstellingen had. Vrijwel alle chronische longziekten werden bij de phthisis ondergebracht, of beter gezegd men onderscheidde verschillende oorzaken, die tot phthisis konden leiden.

Men heeft moeten wachten op het genie van LAËNNEC, voordat hieromtrent meer klaarheid verkregen werd.

Naarmate men zich meer verdiept in den chaos van waarnemingen en opvattingen, waar LAËNNEC orde in wist te schep-

pen, stijgt de bewondering voor het werk, dat hij in zijn korte leven verrichtte. In de eerste plaats gaf hij aan vele longziekten als croupeuse pneumonie, longgangraen, emphyseem, longcarcinoom, bronchiectasen, enz., voor goed een eigen plaats, iets wat ze tot nu toe hadden ontbeerd en daarnevens verkondigde hij met, op nauwkeurige waarneming berustende, overtuiging de specifieke eenheid van de phthisis. De oudere anatomen der zeventiende eeuw, zooals de BOE SYLVIUS en MORTON hadden reeds gewezen op de kleine, ronde vormsels, die ze in de longen bij de lijkschouwingen van lijdens aan phthisis aantroffen en die zij met „tubercula” aanduiden, een woord dat den anatomen, vooral uit de osteologie, niet vreemd was en dat voorbestemd was, om groote draagkracht te krijgen. LAËNNEC leerde de specificiteit van deze tuberkels en daarnaast toonde hij nog een anderen specifiekent ontstekingsvorm aan: de tuberculeuse pneumonie.

De pathologisch-anatomische indeeling van LAËNNEC — 1° de tuberkel, een interstitieele nieuwvorming, bestaande uit een reuscel in het midden, epitheloide cellen en lymphocyten daar omheen, vaak ook samensmeltend tot grootere conglomeraten, 2° de tuberculeuse pneumonie, de specifieke alveolitis, die in den loop der tijden van verschillende epitheta voorzien is, als desquamatieve, gladde, gelatineuse pneumonie enz. — is nog steeds het fundament van onze anatomische kennis der longtuberculose.

Deze kennis omtrent het anatomische gebeuren vond ruim een halve eeuw later, door het betere inzicht in de aetiologie, een bevestiging en tevens een groote uitbreiding.

VILLEMIN toonde in 1865 de contagiositeit van de tuberculose aan en KOCH vond zeventien jaren later den bacil.

Hiermede was de moderne phthisiologie gegrondvest, en tegelijk werd er een eind gemaakt aan de fatalistische berusting, waarmede men de verwoestingen der tuberculose aanvaardde, een vanzelfsprekend uitvloeisel van de opvatting, dat de ziekte op een hereditair kwaad, van niet nader te definieeren aard, berustte.

Intusschen moet men niet meenen, dat na de aanvaarding der ontdekkingen van VILLEMIN en van KOCH de hereditaatsopvatting van de baan was. Het is een gewoon verschijnsel in de wetenschap, dat men tracht nieuwe feiten en waarnemingen,

die minder goed met de heerschende opvattingen strooken, desondanks in het kader dier opvattingen onder te brengen. Zoo ook werd in dit geval met groote scherpzinnigheid door BAUMGARTEN getracht de oude Hippocratische opvatting in harmonie te brengen met de ontdekking van den tuberkelbacil. Men mag nu met vrij groote zekerheid aannemen, dat deze twistvraag in zooverre beslecht is, dat een directe heredititeit, de *hérédité de graine*, bij de tuberculose geen rol van beteekenis speelt. Intrauterine besmetting door een tuberculeusen vader kan wel als geheel uitgesloten worden beschouwd, daar vastgesteld is, dat het sperma nagenoeg nooit tuberkelbacillen bevat en experimenteele besmetting op deze wijze niet kon worden teweeggebracht.

Moederlijke, d. w. z. transplacentaire heredititeit is wel niet onmogelijk, doch practisch van weinig belang. Tot 1922 konden R. C. WHITMAN en L. W. GREEN slechts 113 gevallen uit de literatuur verzamelen, zoodat we deze besmettingswijze als zeer zeldzaam mogen beschouwen. Wel is waar kan het wellicht eerlang noodig zijn deze opvattingen in het licht van de studiën van CALMETTE en zijn medewerkers (VALTIS e.a.) over het filtreerbare tuberculosevirus te herzien, doch voorshands tasten wij hieromtrent nog te zeer in het onzekere, om ons aan speculatieve beschouwingen dienaangaande te wagen.

In een groote leemte in onze kennis, daarmee tevens een sterke bewijsvoering tegen de *hérédité de graine* leverend, voorzag KÜSS in 1898¹⁾. Deze fundamenteele anatomische onderzoekingen, die pas later naar waarde geschat zijn en door anderen (GOHN²⁾, RIBADEAU—DUMAS³⁾ volkomen zijn bevestigd, gaven een inzicht in het mechanisme en het tijdstip, waarop een mensch door den tuberkelbacil wordt besmet. KÜSS toonde aan, dat de eerste besmetting in verreweg de meeste gevallen door de luchtwegen plaats vindt, dat deze besmetting meestal in de jeugd tot stand komt. Hij vond bij kinderen beneden het jaar slechts uiterst zelden een infectiehaard, geleidelijk echter, naarmate het kind ouder wordt, zag hij vaker besmettingshaarden optreden. De primaire haard, het primair-affect, zooals men het naar analogie van de syphilis noemde, kan wel is waar

1) KÜSS: *L'Hérédité parasitaire de la Tuberculose*. Thèse. Paris 1898.

2) GOHN: *Der primäre Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder*. Weenen 1912.

3) RIBADEAU—DUMAS: 'La lésion initiale de la Tuberculose pulmonaire. Soc. méd. des hôp. 1914.

in alle deelen van de long voorkomen, doch is meestal in de onderkwabben gelocaliseerd en slechts zelden in den top. Gewoonlijk is de primaire haard solitair, soms ook met eenige kleine haardjes in de omgeving, die dan wel als secundaire uitzaaïngen moeten worden beschouwd.

Histologisch doet de primaire haard zich voor als een alveolitis van wisselende uitgebreidheid, soms slechts enkele acini, soms één of meer lobuli, soms een geheelen lobus.

In het centrum ziet men verkazing optreden, naar de peripherie toe veranderen de ontstekingsverschijnselen allengs. In het exsudaat ziet men geleidelijk minder cellen; 't bestaat ten-slotte alleen uit sereus vocht.

Een ontstekingshaard is in 't algemeen niet scherp afgegrensd, doch gaat geleidelijk in het normale weefsel over. TENDELOO heeft deze periphere zône de collaterale ontstekingszône genoemd en heeft 't langs experimenteelen weg aannemelijk gemaakt dat de ontstekingsverschijnselen minder heftig worden, evenredig aan de concentratie der uit het centrum van den haard diffundeerende giften. Men heeft in Duitschland de laatste jaren het woord collateraal door perifocaal willen vervangen, iets waar weinig tegen, maar ook weinig voor te zeggen is.

Dank zij deze collaterale ontsteking om den kleinen primairen longhaard is het vaak mogelijk dezen haard röntgenologisch aan te toonen. Er bestaat geen verband tusschen de uitgestrektheid der collaterale ontstekingszône en de grootte van den eigenlijken primairen haard. Waarschijnlijk speelt behalve de toxineproductie ook de gevoeligheid van het weefsel een rol. Een primairraffect van erwtgrootte kan aanleiding geven tot collaterale ontsteking van een geheele longkwab.

Als een vaste wet kan gelden, dat de primaireinfectie gepaard gaat met een aanzienlijke, op ontsteking berustende, zwelling van de regionaire lymphklieren i.c. de hilusklieren. Zeer vaak is zelfs de klierzwelling veel grooter dan de primaire infectiehaard zelf, ja men heeft zelfs gemeend, dat er gevallen voorkomen, waar de longhaard ontbreekt en alleen hilusklierontsteking bestaat. Bij zorgvuldig pathologisch-anatomisch onderzoek blijkt het zeldzaam te zijn, dat er in de longen geen spoor van tuberculose is aan te toonen.

Dikwijls vindt men, wanneer zoowel het primairraffect met

collaterale ontstekingszône als de hilusklierontsteking gelijkelijk aanwezig zijn, op de röntgenfoto een karakteristiek beeld van twee aan elkaar grenzende ronde schaduwen, dat door de Fransche auteurs als „image en sablier”, door de Duitsche als „bipolarität” vermeld wordt. Küss wees er reeds op, dat naast de in frequentie alles overheerschende aërogene longinfectie, bij wijze van uitzondering ook een infectie op andere wijze, door de huid of slijmvliezen, tot stand kan komen. De opvatting van Küss wordt tegenwoordig vrijwel algemeen aangenomen. Slechts weinig aanhangers heeft CALMETTE, die de enterogene besmetting als de gewone aanneemt, op gronden die, al hebben ze ook weinig instemming gevonden, toch ook niet als geheel weerlegd kunnen worden beschouwd.

De besmettingskiem moge echter het lichaam binnenkomen door den darm, door de luchtwegen of nog op andere wijze, als volkomen vaststaand kan worden aangenomen dat de localisatie van den eersten haard meestal in de longen zetelt.

Omtrent het verloop van deze primaire infectie heeft men opgemerkt, dat de genezing des te vaker optreedt, naarmate het kind ouder geïnfecteerd wordt. In het eerste levensjaar heeft de infectie in vele gevallen den dood ten gevolge, door groote en snelle uitbreiding van het proces in de long en door verspreiding der infectie langs de bloedbaan naar andere organen. Men heeft zelfs wel gemeend, dat de infectie van de zuigeling altijd doodelijk was, evenwel ten onrechte. Küss vond reeds een fraai verkalkten primairen haard bij een kind van elf maanden.

RIBADEAU—DUMAS¹⁾ geeft de volgende mortaliteitsstatistiek:

	Mortaliteit aan t.b.c. per 100
kinderen onder het jaar. . . .	86,49
kinderen van 1 tot 2 jaar . . .	10,81
kinderen van 2 tot 3 jaar . . .	2,7

Naar onze overtuiging, die echter niet op statistisch verkregen cijfers berust, is de zuigelingenmortaliteit in deze statistiek aanmerkelijk hooger dan in werkelijkheid. Als zeker kan echter worden aangenomen, dat na het eerste levensjaar de mortaliteit zeer sterk afneemt, zóó dat op den schoolleeftijd de

1) RIBADEAU—DUMAS: Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Parijs 1925.

longtuberculose als doodsoorzaak nauwelijks meetelt en de mortaliteit aan tuberculose in het algemeen slechts een gering percentage bereikt. Volgens de Pruisische statistiek van 1910 stierven per 10.000 levenden van 5—10-jarigen 1,91 aan longtuberculose en 4,32 aan tuberculose in het algemeen, terwijl de overeenkomstige getallen voor 20—25-jarigen 19,24 en 20,56 bedragen.

Wanneer het primaire infectieproces tot rust komt, verdwijnt de collaterale ontstekingszône door resorptie en het verkaasde centrum wordt door een wand van bindweefsel, dat al of niet verkalkt, ingekapseld. De klieraandoening gaat eveneens terug, en ook hier kan men kalkafzetting waarnemen. Een klein verkalkt longhaardje met een verkalkte hilusklier, het verkalkte primaircomplex, zooals men ze gezamenlijk noemt, blijven achter, ten teken, dat het lichaam de infectie heeft doorgemaakt. Van genezing, althans in biologischen zin, mogen we echter niet spreken, slechts van latentie, immers overtuigend is aangetoond door LYDIA RABINOWITSCH¹⁾ e.a. dat in deze verkalkte haarden steeds nog virulente tuberkelbacillen te vinden zijn. Later zullen we nog gelegenheid hebben in het licht te stellen van hoe groot belang deze waarneming is.

Omtrent het veelvuldige voorkomen der tuberculeuse infectie in de jeugd zijn vele pathologisch-anatomische onderzoeken verricht, die als zeer overeenstemmend resultaat aan het licht brachten, hoe het besmettingspercentage van jaar tot jaar gestadig stijgt, tot op 15—18-jarigen leeftijd het maximum bereikt wordt. NAEGELI kon in Zürich bij 1000 obducties van volwassenen in 97% de resten van de tuberculeuse besmetting opsporen. Nu moet men bij het beschouwen dezer cijfers in aanmerking nemen, dat NAEGELI'S materiaal van ziekenhuispatiënten stamde, weshalve ze om allerlei redenen (één bepaalde bevolgingsklasse, het feit dat ziekenhuisopname noodig was, infectiekansen in ziekenzalen, enz.) niet als maatstaf voor de geheele bevolking mogen gelden. Ook hebben andere onderzoekers veel lagere cijfers gevonden, bijv. BEITZKE, die in Berlijn bij 1100 secties in 42% resten van tuberculose kon aantoonen.

SCHIRP en PUHL vonden in ASCHOFF'S laboratorium te Frei-

1) L. RABINOWITSCH: Experimentelle Untersuchungen über die Virulenz latenter tuberkulöser Herde. Zeitschrift f. Tub. Bd. 15, 1910.

burg echter de sporen der besmetting, bij zeer nauwkeurig onderzoek, bij 95% der obducties.

Zoo neemt men dus aan dat in onze streken welhaast een ieder vroeg of laat een tuberculeuse infectie doormaakt, en wel meestal reeds in de kinderjaren, dat deze infectie in verreweg het meerendeel der gevallen geneest, of zoo men wil tot latent wordt.

In 1907 gaf v. PIRQUET met de naar hem genoemde huidreactie met tuberculine, een klinisch bruikbare methode om het bestaan van een in het lichaam aanwezigen, ook latenten, tuberculeusen haard aan te toonen, waarmede, behalve een volkomen bevestiging van de pathologisch-anatomische onderzoeken, tevens een verruiming van ons inzicht in het beloop der tuberculeuse infectie in het algemeen werd verkregen.

De noodlottige gevolgen, die het in 1891 met zooveel geestdrift begroete tuberculine in sommige gevallen te zien gaf, hadden gemaakt, dat men zich meer en meer van de tuberculineinjectie, ook voor diagnostische doeleinden afwendde. Men had drieërlei reactie waargenomen:

- 1° de algemeene reactie, zich uitend in temperatuursverhooging,
- 2° de haardreactie, d. w. z. de opvlamming van den tuberculeusen haard,
- 3° de plaatselijke reactie, bestaande uit een geringe ontstekingsreactie op de plaats van de inspuiting.

De beide eerstgenoemde reacties bleken somtijds verre van onschuldig. Het gelukte nu v. PIRQUET door zijn cutane methode deze gevaren uit te schakelen. De methode van v. PIRQUET, welker bruikbaarheid van vele zijden werd gecontroleerd en bevestigd, gaf aanleiding tot de publicatie van vele statistieken, die grootendeels overeenstemden met de bij lijkopening opgedane ervaringen.

De meeste dezer statistieken komen uit groote steden. We geven hieronder een nieuwere statistiek uit Parijs van Mlle MIOCHE ¹⁾, over 2784 gevallen uit het Hôpital des Enfants malades, die overigens veel overeenkomst vertoont met andere dergelijke statistieken, bijv. die van HAMBURGER uit Weenen.

1) GERMAINE MIOCHE: Etude sur la cuti-réaction à la tuberculose dans l'enfance. Thèse. Paris 1919.

0—1	jaar	10,5%	pos. reactie
1—2	„	24,3%	„ „
2—3	„	32,8%	„ „
3—4	„	45,3%	„ „
4—5	„	49,16%	„ „
5—6	„	53,6%	„ „
6—7	„	62,2%	„ „
7—8	„	—	„ „
8—9	„	72,9%	„ „
9—10	„	72,1%	„ „
10—11	„	70,8%	„ „
11—12	„	87,7%	„ „
12—13	„	87,7%	„ „
13—14	„	83,8%	„ „
14—15	„	79,9%	„ „
volwassenen		97 %	„ „

Het is wellicht nuttig er op te wijzen, dat men niet te lichtvaardig naar analogie mag aannemen, dat deze morbiditeitsgetallen in onze streken als algemeen geldend kunnen worden beschouwd. Uit kleinere centra zijn inderdaad veel lagere cijfers bekend gemaakt, doch door de meeste auteurs wordt hier te weinig nadruk op gelegd. Wij willen niet nalaten hier een eigen statistiek aan toe te voegen van den uitslag der reactie van v. PIRQUET, verricht op het Consultatie-Bureau voor Tuberculose te 's-Gravenhage in de jaren 1926, 1927 en 1928, in totaal 3155 gevallen.

0—1	jaar	25,3%	pos. reactie
1—2	„	27,0%	„ „
2—3	„	30,8%	„ „
3—4	„	27,08%	„ „
4—5	„	30,3%	„ „
5—6	„	31,8%	„ „
6—7	„	37,6%	„ „
7—8	„	38,4%	„ „
8—9	„	37,9%	„ „
9—10	„	49,6%	„ „
10—11	„	49,1%	„ „
11—12	„	49,7%	„ „

12—13 jaar	50,5%	pos. reactie
13—14 „	55,3%	„ „
14—15 „	44,7%	„ „

De reactie werd op de gewone wijze verricht met drie scarificaties, waarvan er twee met tuberculine bevochtigd werden en de derde ter vergelijking diende. Ze werd bij negatieve gevallen niet herhaald, weshalve niet aan alle eischen van een wetenschappelijk onderzoek voldaan werd. Niettemin geven de resultaten bij een zoo groot materiaal, dat uit den aard der zaak toch wel in de eerste plaats kinderen uit besmette kringen bevat (waardoor ook de hooge cijfers uit de eerste levensjaren een verklaring vinden) o. i. toch een mogelijke aanwijzing, dat de bovenvermelde statistieken ook voor grootere steden minder algemeen geldend moeten worden geacht dan men het wil doen voorkomen, dat althans voor den Haag de jeugdbesmetting veel lager gesteld moet worden. Hoe we deze uitkomsten moeten verklaren, of de tuberculosebestrijding en betere hygiëne hier haar invloed doen gelden, dan wel andere factoren een rol spelen, moeten we in het midden laten.

Terloops willen we nog opmerken, dat het ook ons is opgevallen, nadat onze opmerkzaamheid door een Italiaansche publicatie¹⁾ hierop gericht was, hoe de reactie wordt verzwakt door de huidpigmentatie zooals de aan zee verbrande kinderen in den zomer veelal vertoonen.

Het bovenstaande nogmaals resumeerende, komen we tot de slotsom, dat we over de tuberculeuse infectie in de jeugd, voor zoover we het overzien kunnen, goed zijn ingelicht. Het kan als zeer waarschijnlijk worden aangemerkt dat in verreweg het meerendeel der gevallen in de jeugd de infectie door de luchtwegen plaats vindt, dat deze infectie meestal geneest, althans latent wordt, dat de infectie in onze streken zeer frequent voorkomt, zij het ook naar onze eigen ervaring minder veelvuldig dan in 't algemeen wordt verondersteld. In hoeverre de jeugdinfectie van belang is voor later, zullen we nu onder oogen zien.

1) GENOESE: L'influenza della luce solare sulla cutireazione alla tubercolina. Il Policlinico 1928, no. 28.

HOOFDSTUK II

Boven stipten wij reeds aan, hoe VON PIRQUET, behalve dat hij de diagnostiek aanmerkelijk verrijkte, ook nieuwe gezichtspunten opende, van waaruit een ruimere kijk op het tuberculosevraagstuk mogelijk werd. VON PIRQUET kwam tot de overtuiging, dat aan de naar hem genoemde reactie een algemeen verschijnsel ten grondslag ligt.

Een analoog gebeuren merkte hij op bij de vaccinatie tegen pokken. De eerste inenting met koepokstof verloopt als volgt: de kleine scarificatie geneest na een paar dagen, zoodat aan de huid weinig meer van de enting te merken is. Na 5 à 6 dagen verschijnt echter een klein papeltje, dat zich tot een blaasje en eindelijk een echte pokpuist ontwikkelt. Na op omstreeks den tienden dag het hoogtepunt bereikt te hebben, zich uitend in een roode ontstekingszône, de areola, en een algemeene reactie waarbij vaak eenige koorts optreedt, begint het proces tot genezing en plaatselijk tot verlitteekening te komen. Geheel andere verschijnselen ziet men echter bij de revaccinatie.

Twee mogelijkheden kunnen zich hier voordoen: de enting komt op of zij komt niet op. In het eerste geval vormt zich een papel, en tenslotte een pustula; maar de incubatietijd is veel korter, bedraagt nu slechts $1\frac{1}{2}$ tot 2 dagen en ook het verdere proces verloopt veel sneller.

In het tweede geval, als de enting niet opkomt, ontstaat er geen puist; maar toch valt er iets op te merken, waaraan VON PIRQUET voor het eerst aandacht schonk. Eenige uren na de revaccinatie ontstaat op de plaats der scarificatie een soms vrij heftige jeuk en men ziet, dat de wondrandjes een geringe zwelling vertoonen. Na 1 à 2 dagen is alles verdwenen. Dat we in dit laatste geval met een gevolg der immuniteit te doen hebben, is aan weinig twijfel onderhevig. De immuniteit gaat hier dus gepaard met bijzondere gevoeligheid van het lichaam ten opzichte van het pokkenvirus, zich uitende in een korteren incubatietijd. Terwijl bij de eerste vaccinatie de huid

zoo weinig gevoelig is, dat de ontstekingsreactie pas haar hoogtepunt bereikt, nadat het virus gedurende ongeveer tien dagen zich heeft kunnen handhaven en vermeerderen, is de gevoeligheid bij de revaccinatie, die „opkomt”, reeds zoo groot, dat het geheele proces tot de helft verkort wordt, en tenslotte is bij de revaccinatie, die „niet opkomt”, een dergelijke graad van gevoeligheid bereikt, dat na eenige uren de reactie tegen de ingebrachte smetstof reeds haar werking doet gelden.

Immunitet en gevoeligheid gaan hier dus volkomen parallel.

Naar analogie van deze en andere waarnemingen (bijv. bij de serumziekte) kwam VON PIRQUET tot de overtuiging, dat er een correlatief verband moet worden aangenomen tusschen immunitet en overgevoeligheid, d. w. z. dat de overgevoeligheid, die tot verkorting van het incubatiestadium aanleiding geeft, en de reactie intensiever doet tot stand komen, als uiting van een immunitet moet worden opgevat. Deze nieuwgeschapen toestand heeft hij „allergie” genoemd, er wel voor wakende, dat in dit woord alleen het essentiele van de ervaringsfeiten, n.l. het anders reageeren werd uitgedrukt, zonder dat het herinnering wekt aan de hypothetische interpretatie dezer feiten, volgens welke de allergie door twee factoren zou worden beheerscht, de immunitet en de overgevoeligheid, die, — zij het ook teleologisch beschouwd voor het individu niet gelijkelijk nuttig, — niettemin onverbrekelijk bij elkaar behooren.

VON PIRQUET vatte nu de cutane tuberculinereactie (en de tuberculinereactie in het algemeen) op, als een uiting van specifieke allergie. Terwijl hiermede de overgevoeligheidscomponent tot uiting komt, wordt men genoopt tevens te besluiten tot het bestaan van een zekeren graad van immunitet.

In het licht van deze beschouwingen kreeg ook het verschijnsel, dat algemeen bekend is als het „phaenomeen van KOCH” een ander aanzien. Infecteert men een gezonde cavia met een tuberkelbacillencultuur onderhuids, dan merkt men in de eerstvolgende dagen geenerlei afwijking; na 10 à 15 dagen ontstaat echter een harde zwelling, die weldra opengaat en een ulceratie veroorzaakt, die meestal tot den dood van het proefdier blijft bestaan; tevens treedt er een zwelling van de regionaire lymphklieren op.

Herhaalt men bij dezelfde cavia na 5 of 6 weken dezelfde bewerking, dan ziet men den volgenden dag reeds een zwelling

ontstaan, weldra een necrose, tenslotte een ulceratie, die spoedig geheel geneest.

De lymphklieren worden dezen keer niet in het proces betrokken. Ook hier zien we dus een duidelijke manifestatie van de inmiddels opgetreden allergie. We leeren dus uit deze experimenten waarop het „phaenomeen van KOCH” berust, dat een volgende infectie anders verloopt dan de eerste.

Hoewel er stemmen zijn opgegaan, die er tegen waarschuwen deze bij het proefdier opgedane waarnemingen niet te argeloos ook als geldend te beschouwen voor de menselijke pathologie, wordt deze allergie-hypothese toch wel algemeen als verklaring aangenomen voor het feit, dat de tuberculeuse besmetting bij volwassenen een ander ziektebeeld teweeg brengt, dan men bij de jeugdbesmetting pleegt te zien. In zooverre heeft de jeugdinfectie dus zeker groot belang voor later. Mogen we haar echter als een heilzame vaccinatie beschouwen, zooals de allergische immuniteitsopvatting dat wil? Er zijn zeker ervaringen, die dit aannemelijk maken. In den oorlog heeft men in Frankrijk ¹⁾ opgemerkt, hoe de tuberculose onder de zwarte troepen, afkomstig uit landen waar de tuberculose niet inheemsch was, zeer zware offers eischte, en tevens nam men waar, hoe de infectie bij hen anders verliep dan men bij volwassenen gewoon was te zien; men kon ook veel analogieën met de tuberculose der jeugd waarnemen, zoodat de opvatting voor de hand ligt, dat hier het gemis aan een beschuttende vaccinatie zijn werking deed gelden.

Anderzijds echter is het minder verklaarbaar, dat de longtuberculose bij volwassenen, zooals ze in onze streken gezien wordt, die toch alle kenteekenen draagt van een allergische ontsteking, zoo dikwijls het beeld vertoont van de chronische phthisis, die zooveel minder neiging tot genezing blijkt te hebben dan de primaire aandoening in de kinderjaren, ondanks den zekeren graad van immuniteit, waarmede de allergie gepaard zou gaan. Dat de strijd met den tuberkelbacil de tweede maal anders verloopt, is in overeenstemming met het dierexperiment, dat hij ongunstiger verloopt echter niet.

De laatste jaren heeft deze moeilijkheid er meerdere onderzoekers toe gebracht, de juistheid van de allergische immuniteitshypothese in twijfel te trekken.

1) A. BORREL: Annales de l'Institut Pasteur. t. XXXIV, 1920, n^o. 3.

In zijn referaat over „Allergie en tuberculose” merkt F. NEUFELD ¹⁾ op dat men genoopt wordt de mogelijkheid onder oogen te zien, dat het slechts toevallig is, dat allergie en immuniteit als regel parallel gaan, dat ze echter in wezen op een geheel verschillend mechanisme kunnen berusten. Onafhankelijk van dezen onderzoeker komt de Amerikaan RICH ²⁾ tot een analoge opvatting. Steun vindend in dierexperimenten van PETROFF en STEWART, en van WILLIS, komt hij tot de slotsom, dat men allergie en immuniteit niet als identiek moet beschouwen. Volgens deze onderzoekers zou men dus moeten aannemen, dat in bepaalde gevallen de allergische reactie nog volledig aanwezig is, terwijl de immuniteit reeds goeddeels of geheel verdwenen is.

Naar onze meening verklaart deze dualistische opvatting de feiten beter, dan de klassieke hypothese zulks vermocht.

Een ander probleem, dat nauw met het vorige samenhangt, is, dat der exogene of endogene reïnfectie, m. a. w. moet de latere besmetting als een opvlamming van den, tot dusver latenten, primairen haard worden beschouwd, of komt de besmetting opnieuw van buiten af tot stand? De onderzoekingen van LYDIA RABINOWITSCH e.a., volgens welke het verkalkte primaircomplex steeds nog virulente tuberkelbacillen blijft bevatten, hebben de theoretische mogelijkheid van de endogene reïnfectie buiten twijfel gesteld; waarmede natuurlijk niet bewezen is, dat deze reïnfectiemodus nu ook het meeste voorkomt, zooals de meeste phthisiologen geneigd zijn aan te nemen.

Den laatsten tijd hellen de jongere Deutsche onderzoekers echter weer over naar de opvatting, dat de latere besmetting gewoonlijk van buitenaf tot stand komt.

Het laat zich niet aanzien dat dit vraagstuk voorloopig een definitieve oplossing ten deel zal vallen, daar theoretisch de reïnfectie op beide manieren kan optreden, en het practisch nooit mogelijk is één van beiden met zekerheid te elimineeren. We zijn hier voorshands op subjectieve indrukken aangewezen. De dagelijksche ervaring op het Consultatiebureau heeft bij ons

1) Verhandlungen der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft. 1928.

2) RICH: The Rôle of Allergy in Tuberculosis. Arch. of int. med. 1929, blz. 691.

den indruk gevestigd, dat in zeer vele gevallen de reïnfectie exogeen tot stand komt. In andere gevallen bleven onze nasporingen naar een contact echter zonder resultaat. Wellicht ligt ook hier de waarheid in het midden, in zooverre dat beide vormen van reïnfectie voorkomen.

Naar onze overtuiging gaat men echter zeker te ver, wanneer men de exogene reïnfectie, practisch gesproken, wil wegcijferen, zooals de meeste Fransche phthisiologen geneigd zijn te doen. Er is immers een oud ervaringsfeit, waardoor de mogelijkheid van exogene reïnfectie maar al te duidelijk aan den dag is getreden, namelijk de besmetting van diabetespatiënten op ziekenzalen waar ook tuberculose-patiënten verpleegd werden. In onzen tijd is de ervaring der clinici hieromtrent zeer gering, daar de nabijheid van tuberculose- en diabetespatiënt in de ziekenhuizen angstvallig vermeden wordt, als gevolg van het waarschuwend woord dat oudere clinici hieromtrent hebben doen hooren.

LÉPINE ¹⁾ bijv., die in 50% der diabetesgevallen, de tuberculose als doodsoorzaak aanneemt, voegt er aan toe: „une des principales causes de la fréquence de la phthisie chez le diabétique hospitalisé est certainement l'infection du milieu nosocomial”. NAUNYN vond bij 50 secties van aan zwaren, langdurigen diabetes gestorvenen, twintig maal tuberculose, waarbij oude verkalkte litteekens niet werden meegeteld. Deze cijfers betreffen alleen in de kliniek verpleegde patiënten; in zijn particuliere praktijk vond NAUNYN de compliceerende tuberculose aanmerkelijk minder dikwijls.

We meenen in deze ervaringen een empirisch bewijs van het voorkomen der exogene reïnfectie te mogen zien.

— Zooals we in het bovenstaande trachtten duidelijk te maken, is de wetenschap, noch ten opzichte van de immuniteit, noch ten opzichte van den reïnfectiemodus, verder gekomen dan tot hypothesen, die alle in meer of mindere mate wankel staan. Moge hun verklaring echter ook zeer onzeker zijn, als feiten hebben we te aanvaarden dat, nadat, althans in onze streken, in de eerste twee decennia een groot deel van het menschedom met tuberculose besmet is en deze besmetting meestal niet tot den dood heeft gevoerd, na het 18e levensjaar in een aantal gevallen wederom een besmetting optreedt, die dan een ander beloop heeft en dikwijls voert tot de echte phthisis, die

een oneindig veel ernstiger ziekte is dan de tuberculose der kinderjaren, in algemeenen zin bedoeld.

Zoolang de immuniteitsleer deze feiten niet op een ongedwongen wijze verklaren kan, zal men zich hebben af te vragen of de constitutioneele aanleg, de „*hérédité de terrain*”, al dan niet een rol speelt. Daar men zich hiermede op een terrein begeeft waar de wetenschap nog nauwelijks is binnengedrongen, zijn de meeste phthisiologen, begrijpelijkerwijze, huiverig, hier de oplossing te zoeken van de menigvuldige raadsels, die deze materie hun voorlegt. Te recht of ten onrechte, dat zal de tijd moeten uitmaken, verwachten zij de verklaring van de verdere ontwikkeling van de immuniteitsleer.

Anderen, en vooral ook de oudere practici, houden hardnekkig vast aan de „*hérédité de terrain*”. Wij zijn geneigd ons onder deze laatsten te scharen. Evengoed als er toch klaarblijkelijk factoren zijn, buiten de algemeene verzwakking, die den diabetespatiënt bijzonder vatbaar maken voor de besmetting met tuberculose, kunnen we ons voorstellen, dat er constitutioneel-humorale factoren eenzelfde voorbeschiktheid kunnen teweegbrengen, al tasten we ook omtrent den aard daarvan volkomen in het duister.

In dit verband is het plicht ook melding te maken van de hypothese van K. E. RANKE, die vooral in Duitschland, maar ook er buiten, grooten opgang heeft gemaakt en door velen als de basis der moderne phthisiologie wordt beschouwd. Uitgaande van het allergiebegrip van VON PIRQUET, bestudeerde RANKE den invloed van deze allergische reactieverandering op het anatomische beeld, en naar analogie van hetgeen bij andere infectieziekten, in de eerste plaats de lues, waar te nemen valt, uitte hij de veronderstelling, dat de phthisiogenese in drie stadia te onderscheiden is:

1° het primaire stadium, met den primairen haard en de karakteristieke klierzwellings, zooals we boven beschreven.

2° het secundaire stadium, het stadium der generalisatie, zoowel intracanaliculair als langs lymph- en bloedweg, met vorming van infectiehaarden in gewrichten, meningen, nieren enz. Dit stadium zou overeenkomen met het exantheem bij acute infectieziekten.

3° het tertiaire stadium, waarin geen humorale metastasen meer tot stand komen. Er is een humorale immuniteit ontstaan,

alleen de orgaandispositie is nu van belang. In dit stadium is alleen contactinfectie en intracanaliculaire metastaseering mogelijk.

Later heeft hij hier nog een vierde stadium aan toegevoegd, waarin door anergie weer metastaseering optreedt.

Deze hypothese heeft ongetwijfeld veel aanlokkelijks, ze biedt een verklaring voor het wisselende beeld, dat de tuberculeuse besmetting geven kan. RANKE schakelt a. h. w. de bekende feiten tot een verhaal aanéén, maar we mogen niet uit het oog verliezen, dat het daartoe noodig was, stoute conjecturen te maken en groote brokken fantasie tusschen de feiten in te lassen.

Van verschillende zijden is de hypothese aan een scherpe kritiek onderworpen, en een aantal gezaghebbende onderzoekers o.a. REDEKER en HÜBSCHMANN, beschouwen haar als een „Arbeitstheorie” (dit woord gebruikt REDEKER), die haar tijd reeds gehad heeft.

De voornaamste bezwaren gelden ten eerste het feit, dat het secundaire stadium in vele gevallen in het geheel niet aan den dag treedt, in andere gevallen zich in en na het derde stadium manifesteert en ten tweede, dat de aanvaarding van RANKE's hypothese implicite de endogene reïnfectie op den voorgrond stelt.

PAGEL ¹⁾, de uitgever van RANKE's werken, bestrijdt dit laatste punt wel is waar. Echter het feit alleen, dat RANKE zelf, zich hieromtrent nergens heeft uitgelaten, maakt het o. i. toch wel duidelijk, dat dit punt hem als vanzelfsprekend is voorgekomen. Immers wanneer men de exogene reïnfectietheorie aanhangt, kan men moeilijk van drie stadia van één ziekte spreken. Men zou dan drie verschillende allergische toestanden moeten onderscheiden, waaraan telkens een verschillende anatomische afwijking beantwoordt.

Ook onze landgenoot BRONKHORST ²⁾ schaaft zich onder de tegenstanders van RANKE's hypothese, in den vorm zooals we haar boven beschreven. In plaats daarvan stelt hij een onderscheiding van twee fasen voor, de primitieve en de alteratieve

1) PAGEL: Beginn der Lungentuberkulose und die Rankesche Stadienlehre. Klin. Wochenschrift 1930, no. 2.

2) Voordracht Vereeniging van Ned. Tuberculoseartsen. 30 Nov. '29. Zie Ned. Tijdschr. v. Gen. 8 Maart 1930.

phase. De primitieve phase omvat dan de gevallen van het 1e en 2e stadium van RANKE, d. w. z. de primaire besmetting en haar nasleep, en de alteratieve phase beantwoordt aan het 3e stadium, de geïsoleerde longtuberculose.

Met deze phase-aanduiding kan men zich o. i. zonder bezwaar vereenigen, er echter bij bedenkend, dat ze in wezen niet veel anders beteekent, dan de allergische reactie, waarop VON PIRQUET twintig jaar geleden de aandacht heeft gevestigd.

HOOFDSTUK III

In het voorgaande hebben we uiteengezet, dat we over de jeugdtuberculose, zoowel wat de porte d'entrée, als het anatomische beeld betreft, een bevredigenden graad van zekerheid hebben bereikt. Hoe aanbevelenswaard het echter is, in dezen de noodige bescheidenheid te betrachten, leert de kentering der opvatting omtrent de longtuberculose bij volwassenen, die de laatste jaren tot stand is gekomen.

Het ziektebeeld der longtuberculose bij volwassenen had in het laatste deel der vorige eeuw een omgrenzing gekregen die het medisch denken tot voor kort over het algemeen volkomen bevredigde en die zoo goed paste bij de bevindingen in de dagelijksche praktijk, dat de communis opinio medica deze afdeeling der geneeskundige wetenschap als een goed verkend terrein was gaan beschouwen, dat, de bekoorlijkheid van het onbekende verloren hebbende, niet meer in staat was den geest te boeien.

Met de percussie en auscultatie had men onderzoekingsmethoden, waarmede het mogelijk was zich aan het bed van den patiënt eenig beeld te vormen van de anatomische afwijking in de long; en de pathologisch-anatomische contrôle bevestigde steeds meer dat er veel goeds stak in deze physische onderzoekmethoden. Deze klinische ervaring leerde, dat men vrijwel zonder uitzondering de eerste afwijking in den longtop vond en dat dan allengs de ziekte zich naar onderen toe zou uitbreiden. LOUIS in zijn „Recherches sur la Phthisie” Parijs 1843, had deze ervaring 't eerste geformuleerd: Les tuberculoses siègent primitivement au sommet des poumons et ils y sont toujours plus anciens qu'à la base.

Welk een fraaie bevestiging kon de patholoog-anatoom van deze klinische bevindingen geven! Immers bijna dagelijks vond hij bij obducties een topaandoening, veelal eenige kleine kaas- of kalkhaardjes, door bindweefsel omsloten, terwijl een dergelijke afwijking in andere longgedeelten zeldzamer was, en hoe

duidelijk geeft de long van den overleden phthisislijder dit apicocaudale voortschrijden te zien, hoe in de bovenste longpartijen de ziekte het sterkst en dus blijkbaar het langst gewoekerd heeft en tot cavernevorming aanleiding heeft gegeven, terwijl naar onderen toe allengs minder verwoesting van longweefsel op te merken valt. Het begin van de longtuberculose in den top kreeg dus welhaast de waarde van een axioma. Men stelde zich dezen eersten tophaard als een interstitieel ontstekingshaardje voor, dat door appositioneelen groei zich allengs vergrootte en tenslotte ook door percussie en auscultatie was aan te toonen. Het diagnostische kunnen bij physisch onderzoek werd omgekeerd evenredig geacht aan de grootte van den haard, die men wist vast te stellen.

Het was vooral GRANCHER ¹⁾ die er den nadruk op legde, van hoeveel belang het was de ziekte in dit stadium, door hem „période de germination” genoemd, aan te toonen. Deze „période de germination” ging vooraf aan de drie stadia, die men reeds lang onderscheidde: „la période de conglomération, de ramollissement, d’excavation”.

In dit vroege stadium, waarin de plaatselijke haard nog gesloten was, zoodat sputumonderzoek niet tot steun kon dienen, waren de subjectieve verschijnselen of geheel ontbrekend of zoo gering, dat men vrijwel volkomen op het physische onderzoek vertrouwen moest, dat zoo minutieus mogelijk en met waardeering van allerlei subtiele verschijnselen als verzwakt, ruw, gesaccadeerd enz. ademgeruisch, moest worden verricht, doch dan betrouwbare resultaten leverde. „J’affirme que le diagnostic doit être fait dès qu’une inspiration anormale permanente localisée s’entend à l’un des sommets du poulmon. J’affirme que ce signe suffit à lui seul pour reconnaître la tuberculose”.

Al mogen anderen wellicht iets minder categorisch in hun uitspraken dienaangaande zijn, teekenend voor de toen algemeen heerschende opvatting is deze aanhaling van GRANCHER zeker.

Meer dan een generatie van artsen heeft zich ingespannen om deze période de germination op het spoor te komen, ten einde de genezingskansen voor den patiënt zoo groot mogelijk te doen

1) GRANCHER: *Maladies de l'appareil respiratoire*. Paris 1890.

zijn. De arme symptomatologie van deze beginnende gevallen maakte de diagnose echter steeds hachelijk, en tevens werkte te groote subjectiviteit bij het physische onderzoek er toe mede, dat de diagnostiek vaak in fantasie verviel.

Een nieuwe aera trad er in voor de phthisiologie door de uitvinding van de Röntgenstralen in 1895.

Onverwacht werd de diagnostiek een machtig hulpmiddel rijker, dat een zoo zeer gewenschte aanvulling van de resultaten van het physische onderzoek gaf. Weldra werden waarnemingen gedaan, die niet geheel met de academische leer omtrent het apicocaudale verloop der tuberculose strookten. Zoo berichtte FR. v. MÜLLER ¹⁾ in 1908 over eenige gevallen waar de diagnose tuberculose door het sputumonderzoek onaantastbaar was, maar bij röntgenologisch onderzoek in de toppen geen, elders wel afwijkingen te vinden waren. Ook anderen (RIEDER ²⁾, STRAUB en OTTEN ³⁾) deden soortgelijke waarnemingen, die echter werden beschouwd als uitzonderingen, die den regel bevestigden. Immers de heerschende leerstellingen waren, vooral ook pathologisch-anatomisch te stevig gegrondvest, dan dat een zoo nieuwe methode van onderzoek ze aan het wankelen kon brengen. Eerder nog ging men aanvankelijk twijfelen aan de waarde van het röntgenonderzoek.

Zoo kwam men er zelfs toe van de röntgenologie te eischen datgene, wat ze niet vermocht te geven n.l. de getrouwe afschaduwing van het proces, niet zooals het in werkelijkheid was, maar zooals het in de voorstelling van den medicus scherp afgeteekend stond. Met bijzondere topfoto's trachtte men nadertot zijn doel te komen. Men vond de vermeende tophaardjes op deze wijze inderdaad zeer dikwijls, maar nog vaker vond men ze niet.

In de laatste jaren heeft, voornamelijk onder invloed van de röntgenologie, een geheel andere meening post gevat. Twee dingen leerde de röntgenfoto, die men tot nog toe niet had geweten, 1° welke uitgebreide afwijkingen soms op het röntgenbeeld te zien zijn, die men met physisch onderzoek niet of nauwelijks aan kan toonen, en 2°, hoe deze afwijkingen binnen korten tijd weer grootendeels of geheel kunnen verdwijnen ⁴⁾.

1) FR. v. MÜLLER: Bericht über die Versammlung der Tüb. Ärzte 1908.

2) RIEDER: ibidem.

3) STRAUB u. OTTEN, Beiträge z. Klin. d. Tub. 1912. Bd. 24.

4) Zie hierover o.a. JAQUEROD: Les processus naturels de guérison dans la tuberculose pulmonaire. Paris 1925.

Sommige ontdekkingen zijn niet zoo zeer te beschouwen als het product van een geniaal menschenbrein, dan wel als een natuurlijk gevolg van de evolutie der wetenschap. Zoo gebeurde het ook in dit geval, dat, na de ruimere toepassing van de röntgendiagnostiek, er allerwegen waarnemers gevonden werden, die niet te zeer in den ban van een dogma bevangen waren, om in te zien, dat de dagelijksche ervaring te dikwijls met de academische leer in strijd was om de opvatting van de uit kleine top-haardjes voortwoekerende longtuberculose te kunnen handhaven.

De eersten, die deze nieuwe inzichten met nadruk verkondigd hebben zijn TRIPIER ¹⁾, ORSAT ²⁾ te Lyon en BEZANÇON en BRAUN ³⁾ te Parijs geweest. Deze onderzoekers gaven reeds twintig jaar geleden als hun meening te kennen, dat we de longtuberculose moeten opvatten als een opeenvolging van pneumonische processen, dat we de ziekte derhalve als acuut ontstaan en met recidieven en exacerbaties voortschrijdend moeten beschouwen. TRIPIER schreef in 1908 reeds over de tuberculeuse pneumonie: „c'est le processus initiale de la maladie; il précède toujours la formation des follicules, qui sont des lésions secondaires”.

Later hebben ook RIST en SERGENT deze opvatting meerdere malen verdedigd; RIST deed zulks bijv. uitvoerig in de Paris Médical 1922, waar hij ook nadrukkelijk zegt, dat de praediectieplaats van de eerste pneumonische haarden geenszins de top is maar „souvent au dessus de la scissure interlobaire” SERGENT bedoelde met zijn periscissurite hetzelfde. In Amerika waren het WESSLER en JACHES in hun „Diseases of the chest” (1923), die een aantal foto's publiceerden met: Incipient Tuberculosis: infiltration infraclavicular region”.

Tenslotte werden in Duitschland ⁴⁾ eerst door ASSMANN later door REDEKER e.a. analoge opvattingen verkondigd en daarmee een ware revolutie onder de Duitsche phthisiologen ontketend, die nog in vollen gang is. In ons land werd o.a. het proefschrift van RUSSCHEN ⁵⁾ aan dit vraagstuk gewijd.

1) TRIPIER: Le processus pneumonique dans la tuberculose pulm. Congres te Washington 1908.

2) ORSAT: Le processus pneumonique dans la t.b.c. pulm. Thèse de Lyon 1912.

3) BEZANÇON et BRAUN: Foyers pneumoniques tuberculeux curables. Soc. méd. Hôp. Paris 1912.

4) Zie literatuur o.a. bij REDEKER u. WALTER: Entstehung u. Entwicklung der Lungenschwindsucht des Erwachsenen. Leipzig 1928.

5) M. RUSSCHEN: Klinische waarnemingen over het begin van de longtuberculose. Proefschrift. Groningen 1929.

Volgens deze opvattingen moeten we aannemen, dat de longtuberculose bij volwassenen plotseling ontstaat door een pneumonisch proces van wisselende uitgebreidheid met een meer of minder groote collaterale ontstekingszône omgeven. Deze „vroeginfiltraten” — zooals de linguistisch niet ondenklijke vakterm luidt, daar we in onze taal niet gaarne een adjectief met een substantief tot één woord samenknoppelen — kunnen in alle deelen van de long voorkomen, zijn echter zeer vaak in de bovenkwab gelocaliseerd, onder de clavicula, en dicht onder de pleura. In den top kan het vroeginfiltraat ook voorkomen, doch dit is een groote zeldzaamheid. Een hilus-klierzwellling van beteekenis komt er niet bij voor, zulks in tegenstelling met het primairaffect.

Dit vroeginfiltraat kan nu een verschillend verloop nemen; het kan geheel tot resorptie overgaan en spoorloos verdwijnen, het kan littekenweefsel achterlaten, het kan ook verkazen, tot cavernevorming aanleiding geven en door verdere verspreiding der bacillen in de long dochterinfiltraten doen ontstaan. Om de exsudatieve haarden heen treedt een reactieve interstitieele ontsteking op met vorming van het klassieke tuberculeuse granulatieweefsel. Het geheele anatomische beeld der longtuberculose kunnen we derhalve van het vroeginfiltraat afgeleid denken. Daar deze opvatting geheel op het röntgenbeeld gebaseerd is, blijft ze natuurlijk, zoolang de pathologisch-anatomische bevestiging nog ontbreekt, in het stadium van hypothese.

Aan bestrijding heeft het deze nieuwe leer niet ontbroken en ze is nog verre van algemeen aangenomen. Vooral van de zijde der patholoog-anatomen is veel verzet gekomen. Uit den aard der zaak zal de patholoog-anatoom slechts uiterst zelden een vroeginfiltraat in handen krijgen, daar de patiënt in dit stadium niet sterft en slechts door een toeval ter obductie zal komen. Tot nu toe is, voor zoover ik heb kunnen nagaan, slechts één obductie van een vroeginfiltraat gepubliceerd, n.l. door ASSMANN, Klin. Wochenschrift 1927, no. 45.

De bevindingen waren „ein etwa kirschgroße, exsudativ-pneumonische, im Zentrum verkäste Herd, in dessen Umgebung überall feine produktive knötchen angeordnet waren”. Opvallenderwijze vermeldt ASSMANN hier niets omtrent de collaterale ontstekingszône. Door de meeste klinische phthisiologen

wordt deze niettemin als een essentieel kenmerk der vroeg-infiltraten beschouwd, en het bestaan ervan wordt door het snelle verdwijnen der schaduwen op de foto aannemelijk geacht. Het is echter o.i. geenszins noodig voorshands te zeer den nadruk te leggen op de collaterale ontsteking.

Toen TENDELOO dit begrip in de pathologie invoerde, bedoelde hij hiermede aan te duiden, dat een ontstekingshaard in de omgeving giffen doet diffundeeren, die het omringende weefsel aan de reactie doen deelnemen. Het wegnemen van den haard, waar de gifstoffen geproduceerd worden (bijv. het ledigen van een absces) doet ook de collaterale ontsteking snel teruggaan. Zooals we boven reeds opmerkten, zal om iederen ontstekingshaard een collaterale ontsteking gevonden worden, meer of minder uitgebreid naar mate de hoeveelheid toxinen, die geproduceerd wordt, grooter of kleiner is, en de weefsels meer of minder gevoelig zijn voor deze toxinen. In het onderhavige geval is het dus ook wel zeker, dat er een collaterale ontsteking aanwezig zal zijn, maar omtrent den omvang en het overheerschende belang hiervan, zijn we eerstens tot nog toe anatomisch niet ingelicht en in de tweede plaats kunnen we met zekerheid aannemen, dat een tuberculeuse pneumonie, evenals een gewone pneumonie, resorbeeren kan, zoodat ook hiermede de snel wisselende grootte der schaduwen te verklaren is.

Een moeilijkheid, in 't algemeen voor de patholoog-anatomen een onoverkomelijke hinderpaal, bleven de zoo veelvuldig gevonden kleine tophaarden. Welke rol spelen zij in het ziekteproces? Kunnen zij wellicht toch nog de broedplaats zijn van de bacillen, die tot het vroeginfiltraat aanleiding geven; moet men derhalve toch wellicht het idee van een germinatiestadium in den longtop handhaven?

Volgens GRÄFF¹⁾, LOESCHKE²⁾, BENDA³⁾ e.a. is dit inderdaad de oplossing van de moeilijkheid. GRÄFF betoogt, dat deze tophaardjes ook bij het vroeginfiltraat steeds bestaan, ook al kunnen ze röntgenologisch niet worden aangetoond. LOESCHKE is van dezelfde meening. De bacillen, uit de tophaardjes vrij gekomen, zouden in een lager gelegen bronchus geaspireerd worden.

1) GRÄFF: Bericht über die 3. Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft in Wildbad 1928.

2) LOESCHKE: Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 64, H. $\frac{2}{4}$ en Bd. 68, H. $\frac{2}{3}$.

3) BENDA: Mediz. Klinik 1929, no. 25.

Omtrent het ontstaan van de tophaarden bestaat ook groote oneenigheid. Volgens REDEKER, SIMON, e. a. zouden ze een gedeels als litteekens van jeugdinfecties (primaire en secundaire stadium van RANKE), anderdeels als resten van vroeginfiltraten moeten worden beschouwd. De patholoog-anatomen nemen echter aan, dat deze haardjes niet een eindphase, maar een beginphase vertegenwoordigen. LOESCHKE heeft bij een groot aantal obducties van kinderen nooit een tophaardje aangetroffen bij individuen jonger dan 14 jaar. Hiermede meent hij dus het ontstaan in de jeugdstadia als onwaarschijnlijk terzijde te kunnen stellen. In hoeverre deze meening op goede gronden te verdedigen is, zullen we later bespreken.

Zooals we boven opmerkten, zijn de nieuwere ideeën een direct gevolg van de algemeene toepassing en betere methodiek der röntgendiagnostiek. Hoe staat de klinische ervaring nu ten opzichte dezer nieuwere opvattingen? De oude leer, die een beeld van de ziekte ontwierp van tuberkel tot caverne, voldeed den clinicus ten zeerste. Het sluipende begin, de bevindingen van percussie en auscultatie waren logisch in het kader dezer opvatting in te passen. De nieuwe leer daarentegen eischt een geheel andere verklaring dezer feiten. In de eerste plaats dient men daartoe te erkennen, dat men de draagkracht, dus ook de nauwkeurigheid, van het physische onderzoek verre overschat heeft. Wanneer we op de röntgenfoto van tijd tot tijd afwijkingen vinden, die de grootte van een handpalm beslaan, en het dan niet gelukt was deze afwijking met percussie en auscultatie op het spoor te komen, maant dit wel tot bescheidenheid in de waardeering dezer methode. Daarnaast ziet men veelvuldige gevallen, waar wel afwijkingen met percussie en auscultatie gevonden worden, doch volkomen onevenredig aan de anatomische afwijking.

En wat het sluipende begin betreft, het is niet te ontkennen, dat dit dikwijls wordt waargenomen. Wanneer we echter uitgebreide vroeginfiltraten ontmoeten, vaak reeds met cavernevorming, bij patiënten, die zich volkomen gezond wanen, moeten we wel aannemen, dat deze tuberculeuse pneumonieën met zeer geringe subjectieve verschijnselen gepaard kunnen gaan. Tevens moet het waarschijnlijk worden geacht, dat vele gevallen, die voor het eerst tot den medicus komen met uitgebreide afwijkingen, niettemin zeer vroege gevallen vertegen-

woordigen, die acuut optraden, zich manifesteerden door haemoptoe of griepachtige klachten, terwijl het latente stadium dat steeds weer aan de diagnostiek ontsnapt scheen, slechts schijn was.

De klinische ervaring is dus met de nieuwe ideeën wel in overeenstemming te brengen. Slechts de interpretatie der feiten wordt een andere, de feiten zelve blijven hun volle waarde behouden.

In de volgende hoofdstukken zullen we trachten aan de hand van een uitgebreid materiaal de juistheid der nieuwe opvattingen te toetsen. Dat er een kern van waarheid in schuilt, kan wel reeds als vaststaand worden aangenomen, maar daarnaast blijven er nog een groot aantal problemen over, die nog allerminst een bevredigende oplossing hebben gekregen.

Wij zullen tevens het vraagstuk onder oogen zien of er reden is ook andere beginvormen dan het vroeginfiltraat aan te nemen.

Alvorens over te gaan tot een gedetailleerde bespreking van ons onderzoek, is het wellicht dienstig een algemeene beschrijving van het gebruikte materiaal te laten voorafgaan.

Deze studie omvat de gevallen van longtuberculose die sinds October 1923 (d. i. de datum, waarop een röntgentoestel de contrôle der diagnose mogelijk maakte) op het consultatiebureau voor tuberculose te 's-Gravenhage werden waargenomen. Alle patiënten werden bij het eerste onderzoek na het physische onderzoek doorgelicht en wanneer hierbij twijfel ontstond, of om andere redenen grootere zekerheid gewenscht was, werd een röntgenfoto gemaakt. Uit finantieele overwegingen werd niet steeds van elken ter onderzoek komenden patiënt een röntgenfoto gemaakt. Ongetwijfeld is de foto boven het doorlichtingsbeeld te verkiezen, maar in de practijk heeft de gevolgde werkmethode toch zeer goed voldaan, daar het naar onze meening, zelden voorkomt, dat op de foto practisch van belang zijnde afwijkingen te zien zijn, die bij doorlichten althans niet tot twijfel hebben aanleiding gegeven.

Alle patiënten werden verzocht, met eenige maanden tusschenruimte, twee maal ter contrôle terug te komen en bij patiënten die afwijkingen vertoonden, werd de contrôle natuurlijk bestendigd. Slechts die gevallen, waarvan één of meer röntgenfoto's bestaan, zijn hier in het geding gebracht.

HOOFDSTUK IV

Alvorens te onderzoeken, welke de beteekenis is van de zoogenaamde toptuberculose, of we hier al dan niet met een beginnstadium te maken hebben, moeten we ons voor oogen stellen, wat in het geneeskundige spraakgebruik met den longtop bedoeld wordt. Vrij algemeen wordt als grens van den longtop aangenomen het horizontale vlak, dat men door de clavicula (of ook wel door de tweede rib) geprojecteerd kan denken.

Het is een zuiver praktische, geen anatomische begrenzing derhalve, en misschien geven we nog een juistere definitie door onder den longtop dat gedeelte van de long te verstaan dat in de supraclaviculaïrgroeve binnen het bereik valt van stethoscoop en percuteerende vinger.

In de publicaties van den laatsten tijd wordt het wel eens voorgesteld alsof de oudere clinici voor het onderzoek naar beginnende longtuberculose, zich star-dogmatisch aan de virtueele topgrens hielden. Deze voorstelling is echter niet overeenkomstig de feiten. Inderdaad, en zeker terecht, werd bij het physisch onderzoek zeer veel aandacht aan de fossae supraclaviculares en suprascapulares gewijd. Met veel nadruk wordt er echter in de leerboeken, zooals bijv. in dat van STRÜMPPELL, op gewezen, dat men vooral ook de eerste tusschenribsruimten onder de clavicula nauwkeurig moet onderzoeken, om de beginnende tuberculose op het spoor te komen. Physisch onderzoek van de groef van MOHRENHEIM werd van oudsher als zeer belangrijk beschouwd. Het is goed hier nog eens op te wijzen om te helpen voorkomen, dat de meening post zal vatten, dat het physische onderzoek eertijds eenzijdig en aprioristisch werd beoefend, en de theorie over de praktijk zegevierde. Wanneer we ons in de bedoeling der oudere clinici omtrent de topcatarrh willen indenken, moeten we ons niet te angstvallig aan de kunstmatig geconstrueerde begrenzing houden.

Den arts, die in de gelegenheid is zijn diagnose, met physisch onderzoek verkregen, röntgenologisch te controleeren, zal de

diagnose „toptuberculose” minder alledaagsch blijken, dan dengene, die zich uitsluitend tot het physische onderzoek zal moeten bepalen.

Een tuberculeuse topaandoening, die we met percussie en auscultatie kunnen vaststellen, en die ook röntgenologisch zich als zoodanig manifesteert, is betrekkelijk zeldzaam, althans veel minder frequent dan men in den voor-röntgenologischen tijd dacht. Telkens weer immers, blijkt de vastgestelde topaandoening op de röntgenplaat de beantwoorden aan een proces dat de topgrens zeer verre overschreden heeft.

Veel veelvuldiger komt het daarentegen voor, dat we op de foto kleine tophaardjes of een lichte topbeschaduwung ontwaren, die aan het physisch onderzoek ontsnappen. Dat het tegendeel hiervan, d. w. z. een physisch aantoonbare afwijking zonder röntgenologisch aequivalent, voorkomt, is in enkele gevallen, door overschaduwung van de clavicula bijvoorbeeld, mogelijk, doch zal naar onze meening, toch betrekkelijk tot de uitzonderingen behooren.

Wij zullen nu overgaan tot het vermelden van die gevallen van topaandoeningen uit ons materiaal, waarvan een röntgenfoto tot bewijs aanwezig is en voldoende gegevens te verkrijgen waren omtrent het verdere beloop.

Geval 1.

No. 3073. ♂ 33 jaar, tramconducteur.

Eerste onderzoek 1 Aug. 1923. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Pat. is in 1911 voor longtuberculose in de „Lighallen” te Scheveningen als dagpatiënt verpleegd. Het sputum was toen positief. Daarna is hij de eerste jaren nog niet geheel valide geweest. In 1917 heeft hij nogmaals eenige maanden in de „Lighallen” gekuurd. Daarna is zijn toestand vrij goed gebleven. Hij hoestte wel, gaf wat slijm op, dat negatief bleek bij herhaald onderzoek. In 1920 en vóór drie weken gaf hij wat bloed op. Voelt zich overigens goed.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Gew. 87.9 K.G.

Bij percussie wordt de rechterside, voor en achter, gedempt gevonden. Bij auscultatie: geen afwijkingen.

Het sputum is negatief.

De temperatuur is normaal.

Beloop: Na zes weken rust, hervat hij zijn werk; hoest niet, geeft niet op. In Jan. '24 wordt foto 231¹⁾ gemaakt, waarop in beide toppen enkele kleine, intensieve vlekjes te zien zijn en links infraclaviculair eveneens.

1) De aangegeven nummers der foto's zijn die van het register van het Consultatiebureau ter Bestrijding der Tuberculose te 's-Gravenhage.

Pat. blijft in het verdere beloop valide. Wel geeft hij meerdere malen wat bloed op (Juni '24, Maart '25, Maart '26, Maart '29).

Op foto 7369 (Aug. '30) zelfde beeld als foto 231.

Samenvatting: Pat. die in 1911 longtuberculose had, komt in 1923, na haemoptoë weer ter onderzoek. Er blijkt een dubbelzijdige topaandoening te bestaan, die van tijd tot tijd het opgeven van bloed veroorzaakt, terwijl de toestand der longen na zeven jaar stationnair lijkt.

G e v a l 2.

No. 4757. ♀ 26 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 13 December 1927. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. In 1921 heeft pat. in het gemeenteziekenhuis gelegen, wegens haemoptoë. Ook vroeger had ze wel eens bloed opgegeven. Ze gaf geen slijm op. Bij onderzoek werd de r. longtop verkort gevonden met verscherpt ademgeruisch.

Op de foto bleken beide toppen licht beschaduwd, rechts meer dan links. Sanatoriumkuur werd aangeraden, maar door pat. geweigerd. Nu komt ze ter onderzoek, daar ze weer wat bloed heeft opgegeven, en zich moe voelt.

Status praesens: asthenische habitus. Lengte 1.62 M. Gew. 52.2 K.G. Platte, symmetrische thorax.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Bij doorlichten, behalve kalkhaard links onder, en verkalkte kliertjes bij beide hili, geen afwijkingen.

Beloop: Pat. blijft asthenische klachten houden (moe, slaperig, anorexie, rugpijn). In April '28 worden wederom geen afwijkingen gevonden. In Sept. '30 geeft ze weer een weinig bloed op. Ook nu geen afwijkingen bij fysisch onderzoek.

Foto 7503 (Sept. '30). R. top iets minder helder. Kalkhaard in linker onderveld. Verder geen afwijkingen.

Samenvatting: Bij pat. die sinds ruim 10 jaar recidiveerende haemoptoë's heeft, en daarbij tallooze asthenische klachten, wordt een geringe topafwijking en een verkalkte primaire haard gevonden, die stationnair lijken.

G e v a l 3.

No. 12747. ♀ 25 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 6 September 1922. Moeder overleden aan tuberculose, één zuster heeft tuberculose. Overige broers en zusters, echtgenoot en één kind zijn gezond.

Pat. heeft wat bloed opgegeven, heeft verder geen klachten, behalve dat ze zich wat slap voelt.

Status praesens: Er worden bij fysisch onderzoek geen afwijkingen gevonden. Röntgenologisch onderzoek vond toen nog niet plaats.

Beloop: 11 November 1926 komt pat. weer ter onderzoek, daar ze bloed heeft opgegeven. Ze hoest niet, geeft een weinig slijm op. Voelt zich gezond, maar niet sterk. Is vaak moe, heeft dikwijls rugpijn. De temperatuur is normaal (3 dagen, 3 maal daags opgenomen).

Physisch onderzoek: geen afwijkingen.

Sputum negatief.

Foto 2581. In l. top zeer talrijke, vrij scherp begrensde, grootere en kleinere vlekken. Overigens geen afwijkingen.

Pat. gaat ter observatie Jan.—April '27 naar sanatorium „Lighallen”. Ze wordt zonder klachten ontslagen. Bij negen contrôle-onderzoeken (tot Mei 1930) is ze steeds zonder klachten, terwijl aan de longen geen afwijkingen gevonden worden. Foto 7572 (Oct. 30) vertoont het zelfde beeld als foto 2581.

Samenvatting: Pat. die zich volkomen gezond gevoelt, krijgt haemoptoë, en na vier jaar nog eens. Er wordt op de foto een linker topafwijking gevonden, die in de volgende vier jaar geenerlei klacht veroorzaakt en stationnair lijkt.

Geval 4.

No. 14053. ♂ 25 jaar, klerk.

Eerste onderzoek 1 Augustus 1923. Anamnese: Grootouders zijn aan tuberculose overleden. Verder geen tuberculose in de familie.

Tot zijn 18e jaar is pat. volkomen gezond geweest, heeft als militair dienst gedaan, toen ziek geworden aan pleuritis. Hij heeft toen (1918) drie maanden in hospitaal en nog een half jaar thuis gerust. Daarna voelde hij zich gezond. Kuchte wel af en toe. Geeft zeer weinig slijm op. De vorige week gaf hij een weinig bloed op.

Status praesens: Goede algemeene toestand.

Thorax normaal, beweegt symmetrisch.

Bij percussie rechts boven, voor en achter, licht gedempt.

De longgrenzen zijn beiderzijds even hoog, bewegen normaal.

Bij auscultatie rechts boven vóór verzwakt, rechts boven achter verscherpt ademgeruisch. Geen rhonchi.

Sputum negatief.

Foto 261. In l. longtop enkele kleine, scherp omschreven haardjes, evenzoo bij l. en r. hilus.

Beloop: 30 Dec. '25 komt pat. weer ter onderzoek. Hij heeft zich goed gevoeld, doch is, wegens tuberculose, afgekeurd voor een levensverzekering. Hij hoest iets, geeft wat op. Rookt veel.

Bij physisch onderzoek geen afwijkingen. Op foto 1864 hetzelfde beeld als op foto 261. De diagnose wordt gesteld op rookerspharyngitis.

Contrôlebezoek 1927, status quo ante, Dec. '28 idem.

Heeft inmiddels voor tuberculeuse aandoening van os coccygis in het gemeenteziekenhuis gelegen. Is daarvan genezen.

Samenvatting: Pat., die op 18-jarigen leeftijd pleuritis doormaakte, krijgt zes jaar later een haemoptoë. Er wordt een linker topaandoening vastgesteld, die na vijf jaar stationnair lijkt.

Geval 5.

No. 15089. ♀ 23 jaar, dienstbode.

Eerste onderzoek 6 Februari 1924. Anamnese: Vader en moeder zijn

± 10 jaar geleden aan tuberculose overleden, ook twee broers hebben tuberculose.

Pat. komt uit voorzorg. Ze heeft geen bepaalde klachten, voelt zich slechts niet sterk. Behalve mazelen en kinkhoest heeft ze nooit iets gemankeerd.

Status praesens: mager, doch gezond uitziend meisje. Lengte 1.65 M. Gew. 49.4 K.G. Thorax symmetrisch, zet normaal uit. Geen klierzwellingen.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

De longgrenzen beiderzijds even hoog, bewegen normaal.

Bij doorlichten in r. top heel duidelijk een kalkhaardje.

Beloop: Pat. komt in 1924 en 1925 zes maal ter contrôle, er worden geen afwijkingen gevonden. Ze huwt in 1925. 2 Maart 1927 komt ze weer ter onderzoek. Ze heeft pas geleden wat koorts gehad, hoest en geeft op.

Bij percussie wordt nu verkorte toon links boven, voor en achter, gevonden, bij auscultatie links achter intrascapulaire crepiteren.

Sputum positief.

Op foto 2926 (Maart '27) blijkt de geheele linkerlong vol vlekkelijke schaduwen, waartusschen luchthoudend longweefsel. In r. top kalkhaardje.

Pat. komt in sanatorium, „Lighallen” April—October '27. De toestand verbetert aanmerkelijk, zoodat in Maart '28 op foto 3918 behalve een verkalkt haardje in r. top een geringe sluiering en eenige strepteekening is overgebleven. Ze hoest niet, geeft niet op, blijft wat moe, doch kan haar huishouding doen. Foto 4885 in Dec. '28 geeft ongeveer hetzelfde beeld als foto 3918. In Sept. '29 gaat ze weer hoesten en opgeven. Het sputum is negatief, de temperatuur normaal. Bij percussie links boven korter en infraclaviculair crepiteren. Met het oog op algemeene klachten van moeheid, hoesten enz., haar geringe gewicht (53.5 K.G.), wordt ze tot eind December '29 weer in het sanatorium „Lighallen” opgenomen. Ze verbetert daar voorspoedig, gewicht stijgt tot 60.3 K.G. Bij fysisch onderzoek worden geen afwijkingen meer gevonden. Ze hoest niet meer, geeft niet op. In Februari '30 gaat ze weer hoesten en opgeven. Het sputum is nu positief. Pat. zoekt nu haar heil bij een „natuurgeneeskundige”.

Samenvatting: Bij pat., die in 1924 uit voorzorg ter onderzoek komt wordt slechts één haardje in r. top gevonden. Na 3 jaar openbaart zich, een uitgebreide tuberculose in de geheele linker long, die aanvankelijk verbetert, doch later weer recidiveert. In den rechter top blijft steeds een kalkhaardje zichtbaar.

Geval 6.

No. 15811. ♀ 25 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 16 Mei '24. Anamnese: In haar moeders familie komt tuberculose voor. Ouders, man en één kind zijn gezond.

Pat. is altijd zwak geweest. In 1916 is ze 6 maanden in het sanatorium „Dekkerswald” verpleegd, voor linker topaandoening. Een foto is toen

niet gemaakt. Nu hoest ze sinds veertien dagen, geeft soms wat slijm op. Geen nachtzweet.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.67 M. Gew. 59.7 K.G. Thorax normaal gebouwd, zet symmetrisch uit. Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Het sputum kon niet onderzocht worden, daar pat. niet meer opgaf.

Foto 643. Linker longtop minder luchthoudend dan rechter.

Overigens geen afwijkingen.

Beloop: Pat. houdt veel, goeddeels nerveuze, klachten.

De toestand der longen is bij 7 contrôleonderzoeken steeds onveranderd.

Op foto 7560 (Oct. 1930) hetzelfde beeld als op foto 643.

Samenvatting: Bij pat., die 8 jaar geleden in een sanatorium vertoefde, wordt op de foto een l. topafwijking gevonden, die na vijf jaar geen klachten veroorzaakt en stationnair lijkt.

Geval 7.

No. 15824. ♀ 42 jaar, onderwijzeres.

Eerste onderzoek 19 Mei 1924. Anamnese: Twee ooms aan tuberculose overleden. Verder geen tuberculose in de familie.

Pat. kucht sinds zes maanden, geeft wat slijm op.

Ze is moe, heeft weinig eetlust, veel hoofd- en rugpijn.

De laatste weken heeft ze bovendien keelpijn.

Status praesens: Bleek vrouw. Lengte 1.61 M. Gew. 62.4 K.G. Thorax normaal, beweegt normaal bij de ademhaling.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie in rechterside eenige dubieuze rhonchi. In rechter oksel eveneens.

Sputum negatief. Temperatuur normaal (3 dagen 4 maal daags gecontroleerd).

Foto 636. Rechter longtop minder luchthoudend dan linker. In den rechterside meerdere speldeknoopgroote haardjes. In r. hilus meerdere verkalkte klieren.

Beloop: Pat. rust thuis gedurende twee maanden. Ze blijft echter slap, en is gauw vermoeid.

In Juli '26 heeft ze nog dezelfde asthenische klachten terwijl bij physisch onderzoek geen longafwijkingen gevonden worden. Haar huidig adres is onvindbaar, zoodat verder contrôleonderzoek niet mogelijk is.

Samenvatting: Bij pat. met asthenische klachten wordt een rechter topafwijking vastgesteld; de toestand is na twee jaar stationnair.

Geval 8.

No. 15851. ♀ 47 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 21 Mei '24. Anamnese: Moeder van pat. op 45-jarigen leeftijd overleden aan longtuberculose. Man gezond, 13 kinderen gezond, twee overleden aan tuberculose (op 16- en 18-jarigen leeftijd). Overigens in de familie geen vermeldenswaardige bijzonderheden.

Pat. heeft van 20e—30e levensjaar gesukkeld, veel hoesten en opgeven.

Na haar 30e jaar zijn de klachten verdwenen. Nu kucht ze nog wel eens wat, geeft ook een weinig slijm op.

Status praesens: Vrij magere, bleeke vrouw. Lengte 1.58 M. Gewicht 58.8 K.G. De thorax is plat, doch zet bij de ademhaling normaal en symmetrisch uit. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie wordt de linkertop achter licht gedempt gevonden. Bij auscultatie zijn links supraclaviculair een paar kleinblazige rhonchi te hooren.

Het sputum wordt tweemaal negatief bevonden.

Foto 649. In l. top zeer talrijke kleine hoekige vlekjes. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Pat. wordt tot Juni '25 driemaal gecontroleerd. De l. top bleef gedempt, rhonchi werden niet meer gehoord. In Juni 1930 is pat. zonder klachten. Er wordt wederom een foto (No. 7177) gemaakt, die hetzelfde beeld vertoont als de vroegere.

Samenvatting: Bij pat. die wellicht $\pm$ 25 jaar geleden een longafwijking heeft gehad, wordt bij fysisch en röntgenologisch onderzoek een l. topaandoening gevonden, die na 6 jaar stationnair gebleven is.

Geval 9.

No. 15874. ♂ 35 jaar, metaaldraaijer.

Eerste onderzoek 4 Mei '24. Anamnese: Vader 25 jaar geleden aan tuberculose overleden. Eerste vrouw 4 jaar geleden aan tuberculose overleden, 2 kinderen uit eerste huwelijk resp. aan buiktuberculose en tuberculeuse meningitis overleden. Tweede vrouw en één kind uit tweede huwelijk gezond.

Pat. is vroeger steeds zeer gezond geweest. De laatste weken heeft hij een weinig pijn in borst en rug. Een week geleden heeft hij enkele bloedfluimen opgegeven. Sindsdien heeft hij het werk gestaakt. Hij hoest iets, geeft een weinig slijm op.

Status praesens: Gezond uitziende man. Lengte 1.75 M. Gewicht 77 K.G. Thorax normaal gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal. Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Sputum is negatief.

Foto 662. In beide longtoppen talrijke kleinvlekkige schaduwen, links meer dan rechts. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Pat. is gecontroleerd tot Maart '28, tot zoolang volkomen gezond gebleven. Sindsdien is hij van woonplaats veranderd, zoodat een contrölefoto niet gemaakt kon worden.

Samenvatting: Bij pat., die wat bloed opgeeft, wordt op de foto een dubbelzijdige topafwijking vastgesteld, die na 4 jaar geen verdere verschijnselen heeft gegeven.

Geval 10.

No. 16092. ♀ 34 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 18 Juni '24. Anamnese: Een broer is in 1921 aan longtuberculose overleden. Overigens komt in de familie geen tuberculose voor. Man en één kind zijn gezond.



I



II

Pat. is altijd zwak geweest, voelt zich steeds moe, heeft dikwijls hoofdpijn. Ze kucht iets, geeft niets op.

Status praesens: Zwak uitziende vrouw. Lengte 1.69 M. Gewicht 68.2 K.G. Lange, smalle thorax, die normaal beweegt en symmetrisch is. Longgrenzen normaal bewegelijk.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie links boven voor iets scherper ademgeruisch.

Op foto 716 blijkt de l. top minder helder te zijn dan de rechter. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Bij contrôleonderzoek in Febr. '26 en Augustus 1930 heeft pat. nog vele asthenische klachten (moe, hoofdpijn, ongeregelde menses).

Foto 7394 (Aug. '30) geeft nog lichte beschaduwing van l. top te zien, evenals op vroegere foto.

Samenvatting: Bij pat. met asthenische klachten blijkt op de foto een beschaduwing van de l. top aanwezig. Bij auscultatie wordt links boven voor wat verscherpt ademgeruisch gevonden.

Na zes jaar heeft pat. nog dezelfde klachten, terwijl ook de foto hetzelfde beeld vertoont.

Geval 11.

No. 16876. ♀ 27 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 27 September '24. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor, man en één kind zijn gezond.

Pat. is nooit sterk geweest. Ze heeft veel last van hoofd- en rugpijn. Den laatsten tijd hoest ze wat, geeft ook wat slijm op. Drie weken geleden was er wat bloed aan het sputum.

Status praesens: Normaal gebouwde vrouw. Lengte 1.57 M. Gewicht 59 K.G. Thorax en bewegelijkheid der longgrenzen zijn normaal.

Bij percussie geen afwijkingen, bij auscultatie l. naast sternum wat gesaccadeerd ademen.

Sputum negatief (tweemaal gecontroleerd).

Foto 880 (Sept. '24). L. naast aorta en in l. top enkele kleine schaduwen. Verder zijn de longvelden helder, afgezien van een paar scherp omschreven kleine stipjes in het rechter bovenveld.

Beloop: Pat. bleef aanvankelijk slap en vermoeid. In 1925 geef ze weer bloedfluimen op. Het sputum was ook toen negatief. Bij doorlichten werd alleen l. top iets minder helder bevonden. In 1928 is ze goed, zonder klachten.

Foto 3849 (Maart '28) vertoonde hetzelfde beeld als foto 880.

Samenvatting: Bij pat. die wegens haemoptoë ter onderzoek komt, wordt dubbelzijdige topafwijking gevonden. Na twee jaar heeft ze nogmaals een haemoptoë. De toestand der longen blijft stationnair.

Geval 12.

No. 16775. ♀ 27 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 17 Sept. '24. Ouders gezond, één broer overleden aan longtuberculose, één broer heeft een, waarschijnlijk tuberculeuse,

gonitis. Vier broers en twee zusters zijn gezond. Man en één kind zijn gezond.

In Februari '21 heeft pat. een haemoptoë gehad. Ze heeft toen eerst thuis, later in sanatorium Beekbergen gekuurd. Het sputum was positief. Een foto is toen niet gemaakt. Nu voelt ze zich goed. Heeft een kind aan de borst. Ze hoest niet, geeft niet op.

Status praesens: Magere, gezond uitziende vrouw. Lengte 1.62 M. Gewicht 55.5 K.G. Bouw en bewegelijkheid van de thorax zijn normaal. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie worden aan de longen geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie in de ze tussenribsruimte rechts een paar rhonchi.

Foto 914. In r. top talrijke streep- en vlekvormige schaduwen. Van r. hilus naar lateralen borstwand een streepschaduw (interlobaire Schwarzte).

Beloop: Pat. wordt tot Januari '28 geregeld gecontroleerd, in het geheel tien maal; heeft niet de minste klachten.

Bij onderzoek wordt r. top verkort gevonden. Verder geen afwijkingen.

Samenvatting: Bij pat. die voor drie jaar tuberculeuse longafwijking had, wordt rechter topafwijking gevonden die na vier jaar geen klachten heeft veroorzaakt.

Geval 13.

No. 17231. ♀ 38 jaar, onderwijzeres.

Eerste onderzoek 25 Nov. '24. Anamnese: Een broer is 32 jaar geleden aan tuberculose overleden. Verder komt in de familie geen tuberculose voor.

14 jaar geleden heeft pat. haemoptoë gehad. Ze heeft toen thuis gedurende zes maanden gerust. Sindsdien is ze gezond gebleven. Wel voelt ze zich altijd zwak. Voor enkele weken gaf ze weer een weinig bloed op. Ze was toen erg verkouden. Nu hoest ze niet meer, geeft niets op.

Status praesens: Gezond uiterlijk. Lengte 1.67 M. Gewicht 61.1 K.G. Thorax normaal gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie wordt links boven voor een achter een demping gevonden, bij auscultatie aldaar verscherpt ademgeruisch. Sputum eenige weken geleden, toen ze nog opgaf, door huisarts negatief bevonden.

Foto 997. In beide toppen, vooral links meerdere kleine scherp omschreven, intensieve plekjes. R. hilus verbreed, waarschijnlijk door bindweefselvermeerdering.

Beloop: Pat. komt geregeld tweemaal per jaar, in het geheel twaalf maal, voor contrôleonderzoek. Ze heeft eenige asthenische klachten als moeheid, hoofdpijn, maar geen verschijnselen die aan longafwijking zouden kunnen doen denken. Bij fysisch onderzoek werden de laatste twee jaren in het geheel geen afwijkingen meer gevonden, bij doorlichten in '27 evenmin.

Samenvatting: Bij pat. die 14 jaar geleden waarschijnlijk longtuberculose had, en nu weer bloed opgeeft, wordt dubbelzijdige topaandoening gevonden. In het verdere beloop blijft de toestand stationnair.

Geval 14.

No. 17313. ♀ 29 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 8 December '24. Anamnese: Geen tuberculose in de familie. Man en één zoontje zijn gezond.

Pat. is altijd zwak geweest, maar heeft nooit ziekte van langeren duur gehad. De laatste vier jaar heeft ze elk najaar wat bloed opgegeven, begin November '24 vrij veel. Ze lag toen drie weken te bed. Ze hoest en geeft iets slijm op.

Status praesens: Magere, maar gezond uitziende vrouw. Lengte 1.58 M. Gewicht 48.5 K.G.

Bouw en bewegelijkheid van thorax normaal. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Sputum is negatief.

Foto 1015. In l. top en l. bovenveld meerdere streep- en vlekvormige kleine schaduwen, waartusschen luchthoudend longweefsel. Bij r. hilus meerdere scherpomschreven intensieve vlekjes.

Beloop: Pat. komt Febr.—Juni '25 in sanatorium Lighallen. Maart '25 worden links achter boven crepiterende rhonchi gehoord. Na de kuur blijft pat. goed tot Febr. '27, toen ze wegens haemoptoë een maand in het ziekenhuis Zuidwal werd opgenomen. Ook daar werden op de foto links boven oude afwijkingen vastgesteld.

Sindsdien is ze zonder klachten gebleven.

Samenvatting: Topaandoening geeft aanleiding tot recidiveerende haemoptoë's, doch veroorzaakt overigens in het verdere beloop geen klachten.

Geval 15.

No. 17444. ♂ 36 jaar, portier.

Eerste onderzoek 24 December '24. Anamnese: In familie komt geen tuberculose voor. Vrouw en drie kinderen zijn gezond.

Pat. geeft reeds lang 's morgens wat slijm op, vorige week was er wat bloed bij. Hij hoest overigens niet. Is zeer nerveus.

Status praesens: Tenger gebouwde man. Lengte 1.71 M. Gewicht 65.7 K.G. De thorax is normaal gebouwd, de supraclaviculairegroeven zijn beiderzijds ingevallen.

Bij percussie wordt de r. top verkort bevonden. In beide toppen, voor en achter, verscherpt ademgeruisch.

Foto 1045. In beide longtoppen en rechts ook even onder de clavicula talrijke, intensieve, kleinvlekkige schaduwen.

Beloop: Pat. wordt geregeld gecontroleerd, het laatst in Juli '29. Hij blijft gezond en werkt zonder bezwaar. In Maart en September '28 heeft hij weer een weinig bloed opgegeven.

Samenvatting: Dubbelzijdige topaandoening bij pat., die reeds lang wat slijm opgeeft, en nu eenige malen een weinig bloed opgeeft, terwijl hij zich overigens volkomen gezond voelt en bij controleonderzoek gedurende vijf jaren geen teekenen van actieve tuberculose vertoont.

Geval 16.

No. 17517. ♀ 20 jaar, kapster.

Eerste onderzoek 6 Januari 1925. Anamnese: Vader in 1921 aan tuberculose overleden. Een zusje op 10-jarigen leeftijd aan tuberculose overleden. Een zuster heeft tuberculose. Moeder en twee broers zijn gezond.

Pat. is steeds gezond geweest. Sinds drie weken heeft ze wat rugpijn, voelt zich moe, heeft nachtzweet. Drie dagen geleden gaf ze wat bloed op. Ze hoest, geeft slijm op.

Status praesens: tenger, bleek meisje. Lengte 1.65 M. Gew. 53.5 K.G. Thorax normaal gebouwd, beweegt symmetrisch.

Longonderzoek: rechts supraclavicular kortere percussietoon met verscherpt ademgeruisch. Rechts achter boven dubieus enkele kleinblazige rhonchi.

Sputum niet onderzocht, daar pat. niet meer opgaf.

Temperatuur tot 38°5.

Foto 1069: (afb. I) Rechterside is minder helder, door fijne, vlek-vormige schaduwen ingenomen.

Belooft: Pat. wordt tot 6 Febr. '25 in het Gementeziekenhuis opgenomen. Daar werden noch bij fysisch onderzoek, noch op de foto afwijkingen gevonden, behalve de geringe topafwijking.

Aangezien pat. normale temperatuur had en geen verdere ziekteverschijnselen vertoonde, werd ze ontslagen.

Pas in Maart 1930 komt ze weer ter onderzoek op het consultatiebureau. Ze heeft nu sinds 4 maanden keelpijn, ze hoest en geeft slijm op. Eetlust gering. Gewicht 50.4 K.G.

Bij onderzoek wordt nu de rechterlong voor en achter gedempt gevonden, met zeer vele kleinblazige rhonchi.

Het sputum is negatief (later positief).

Op foto 6791 (Maart '30) (afb. II): Uitgebreide vlekke schaduwen over geheele r. long. Ook links boven talrijke kleinere schaduwen. Onder r. sleutelbeen een rijksdaaldergroote ringschaduw (caverne).

Pat. wordt in sanatorium „Lighallen” opgenomen, waar haar toestand niet veel verandert.

Samenvatting: Bij pat. die in 1925 na haemoptoë ter onderzoek kwam, werd een rechtszijdige topafwijking gevonden. Na een maand ziekenhuisverpleging hervat ze haar werk. In 1930 blijkt een dubbelzijdige, uitgebreide longtuberculose aanwezig, overwegend rechts.

Geval 17.

No. 17750. ♀ 32 jaar, huishoudster.

Eerste onderzoek 10 Januari 1925. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Pat. is haar heele leven slap en moe geweest. Heeft dikwijls hoofd- en rugpijn, slechte eetlust. Ze hoest niet, geeft niet op.

Status praesens: Magere, bleke vrouw. Lengte 1.63 M. Gewicht 54.2 K.G. Bouw van thorax van asthenisch type. Longgrenzen bewegen normaal.

Percussie: r. top voor en achter licht gedempt.

Auscultatie: r. top verscherpt ademen.

Foto 1068. In r. top een aantal kleine, scherp omschreven haardjes.

Beloop: Pat. houdt bij volgende bezoeken steeds dezelfde asthenische klachten. Andere longafwijkingen dan de boven beschrevene, worden niet gevonden.

Ook contrôlefoto 4170 in Mei '28 vertoont het zelfde beeld als de vorige.

Samenvatting: Bij pat., die wegens asthenische klachten voor onderzoek komt, wordt r. topafwijking gevonden, die na 3 jaar, zoowel bij fysisch onderzoek, als op de foto stationnair lijkt en de klachten niet verklaart.

Geval 18.

No. 18203. ♀ 26 jaar, ongehuwd, zonder beroep.

Eerste onderzoek 24 Maart '25. Anamnese: Moeder in 1902 aan tuberculose overleden. Vader gezond. Geen broers of zusters.

Pat. is in Juli '23 gaan hoesten. Ze heeft van Sept. '23—Aug. '24 thuis gerust. In het weinige sputum dat ze opgaf werden geen tuberkelbacillen aangetoond. Nu voelt ze zich vrij goed, alleen is ze vermoeid, heeft rugpijn. Ze hoest nog iets, geeft wat slijm op.

Status praesens: Gezond uiterlijk. Lengte 1.65 M. Gewicht 67.7 K.G. Thorax normaal gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie in beide toppen dubieuze rhonchi.

Sputum: negatief.

Foto 1227. In beide longtoppen, vooral links, talrijke kleine scherp omschreven vlekjes. In r. onderveld een verkalkte haard, eveneens enkele bij r. hilus.

Beloop: Pat. komt nog zeven maal ter contrôle tot Mei '28. Ze heeft steeds asthenische klachten, moe, slaperig, lusteloos, hoofd- en rugpijn. Ze werkt niettemin geregeld. Fysisch onderzoek en doorlichten brengen geen actieve longafwijkingen aan het licht.

Samenvatting: Dubbelzijdige topaandoening bij pat., die een jaar geleden rustkuur deed voor longafwijking.

Beloop stationnair. De asthenische klachten staan op den voorgrond.

Geval 19.

No. 17644. ♀ 16 jaar, zonder beroep.

Eerste onderzoek 20 Januari '25. Anamnese: Ouders zijn gezond, beide grootouders van vaderszijde overleden aan tuberculose, een broer van vader eveneens. Een broer van 23 jaar en een zuster van 15 jaar in 1924 overleden aan tuberculose, een zusje van 2½ jaar in 1909 overleden aan tuberculose. Een broer en drie zusters gezond.

Pat. is nooit ziek geweest, heeft geen klachten, komt alleen uit voorzorg, met het oog op de familieanamnese, ter onderzoek.

Status praesens: Gezond uiterlijk. Lengte 1.67 M. Gewicht 52.6 K.G.

Thorax normaal gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal. Aan de longen worden bij fysisch onderzoek geen afwijkingen gevonden.

Foto 1100. De rechter longtop is vrijwel geheel ingenomen door een diffuse, matig intensieve schaduw. Verder geen afwijkingen.

Beloop: In Augustus '25 komt pat. weer ter onderzoek. Ze hoest nu wat, geeft ook een weinig bloed op. Er wordt nu bij percussie l. infraclaviculair verkorte toon gevonden, bij auscultatie geen afwijkingen. Sputum is positief.

Op foto 1569 blijkt nu het geheele linker bovenveld minder luchthoudend dan het rechter. Tusschen linker hartgrens en lateralen borstwand is een intensieve schaduw aanwezig. In linker bovenveld talrijke conflueerende schaduwen. In r. top en r. middenveld talrijke kleine vlekjes.

Beloop: Pat. komt in sanatorium Lighallen. Er wordt een pneumothorax aan gelegd. De toestand gaat gaandeweg achteruit. In Juli '27 exitus.

Samenvatting: Bij pat. die uit voorzorg ter onderzoek komt, wordt r. topafwijking gevonden. Na 8 maanden is er in de l. long een uitgebreid exsudatief proces ontstaan, dat allengs voortschrijdt.

Geval 20.

No. 18210. ♂ 23 jaar, onderwijzer.

Eerste onderzoek 28 Maart '25. In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. voelt zich volkomen gezond. Hij hoest echter sinds twee maanden wat, geeft wat slijm op.

Status praesens: Magere, bleke jonge man. Er bestaat echter geen anaemie (Sahli 75). Lengte 1.71 M. Gewicht 57.1 K.G. Thorax goed gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie worden aan de longen geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie rechts supraclaviculair wat kraken.

Sputum: negatief.

Foto 1236 en 1242. In r. top een opeenhooping van kleine vlekjes. Verder zijn de longvelden normaal.

Beloop: Op aandringen van zijn huisarts gaat pat. tot November '25 naar sanatorium „Berg en Bosch". Hij is daarna goed, werkt zonder bezwaren. Aan de longen worden geen afwijkingen meer gevonden. Op foto 7469. (September 1930) is nog dezelfde topafwijking te zien als in 1925.

Samenvatting: Bij pat., die eenige maanden hoest, wordt topaandoening rechts gevonden. Na een sanatoriumkuur van een half jaar, (die overigens op het Consultatie-Bureau niet noodig werd geoordeeld) hervat hij zonder bezwaren zijn werk. Longafwijkingen worden bij fysisch onderzoek niet gevonden, terwijl een foto na vijf jaar dezelfde topafwijking vertoont.

Geval 21.

No. 18284. ♀ 43, huisvrouw.

Eerste onderzoek 6 April '25. Anamnese: Vader in 1887 overleden aan

longtuberculose. Verder komt er in de familie geen tuberculose voor. Man is gezond. Geen kinderen.

Pat. heeft zich in 1918 overwerkt. Sindsdien is ze sukkelend gebleven. In 1920 gaf ze een weinig bloed op, daarna nog eenige malen, in de laatste jaren.

Ze hoest niet, geeft wel iets op. Gevoelt zich altijd moe, lusteloos en krachteloos.

Status praesens: Goede voedingstoestand, maar slap uiterlijk. Lengte 1.66 M. Gewicht 65.2 K.G. Slappe buikwand.

Aan de longen worden bij percussie en auscultatie geen afwijkingen gevonden.

Foto 1252. In beide toppen diffuse, streepvormige schaduwen, waar-tusschen hier en daar luchthoudend longweefsel. Rechts zijn de schaduwen uitgebreider en intensiever dan links. Bij beide hili verkalkte plekjes.

Beloop: Pat. komt vier maal ter contrôle. Steeds zwak, slap, duizelig, hoofdpijn, kortom ze is een zeer typische asthenica. Aan de longen worden geen verdere afwijkingen gevonden (Febr. '27). Ze hoest niet, geeft niet op.

Samenvatting: Dubbelzijdige topaandoening bij pat. die de laatste vijf jaar recidiveerende haemoptoë's had. Beloop stationnair. De klachten zijn van asthenischen aard en niet direct met de longafwijking in verband te brengen.

Geval 22.

No. 19412. ♀ 22 jaar, winkeljuffrouw.

Eerste onderzoek 9 Sept. '25. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Pat. heeft zich sinds 6 weken onder behandeling van haar huisarts gesteld wegens zwakte. Ze kucht en geeft wat slijm op. Heeft ook nachtzweet. Ze is den laatsten tijd zeer nerveus.

Status praesens: Mager, tener gebouwd meisje. Lengte 1.71 M. Gewicht 57.8 K.G. Thorax normaal.

Bij percussie worden aan de longen geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie links boven voor wat piepen.

Sputum is negatief.

De temperatuur, drie dagen, drie maal daags opgenomen, is normaal.

Foto 1591. L. longtop en l. bovenveld iets minder helder dan rechts. L. lateraal onder de 4e rib eenige speldeknopgrootte vlekjes. In r. middenveld, vanuit hilus een streepschaduw (interlobaire pleuraverdikking).

Beloop: Pat. wordt Oct. '25—April '26 verpleegd in sanatorium Beekbergen. Ze is daarna goed, hervat haar werk. Bij doorlichten is nog steeds beschaduwing van l. top vast te stellen. Verder geen afwijkingen. In Aug. '27 is pat. volkomen gezond. Ook in Sept. '30 is ze gezond, kan niet voor heronderzoek komen.

Samenvatting: Bij pat. die eenige maanden aan algemeene klachten lijdt, wordt linker topafwijking gevonden. Na sanatoriumkuur raakt ze haar klachten kwijt, terwijl topafwijking nog onveranderd aanwezig blijft.

Geval 23.

No. 19495. ♀ 25 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 23 September '25. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Pat. heeft eind Juli '25, na één dag gehoest te hebben, wat bloed opgegeven. Ze hield daarna 7 weken bedrust. Nu hoest ze niet meer, geeft wel iets op. Vroeger is ze steeds gezond geweest.

Status praesens: Magere vrouw. Lengte 1.61 M. Gewicht 46.8 K.G.

Thorax normaal gebouwd. Longgrenzen bewegen normaal.

Bij percussie worden aan de longen geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie beiderzijds achter boven verscherpt ademgeruisch.

Sputum is negatief.

Temperatuur (gedurende 3 dagen 3 maal daags gecontroleerd), normaal.

Foto 1621. In beide toppen en supraclaviculaire streken, zeer talrijke, scherp omschreven hardjes. Bij r. hilus verkalkte hardjes, uit r. hilus een dunne streepschaduw naar lateraal.

Beloop: Pat. rust de eerste maanden 's middags eenige uren. Ze blijft haar huishouding waarnemen. Bij dertien contrôlebezoeken wordt niets nieuws gevonden. In Sept. '28 geeft ze weer wat bloed op. In Aug. '30 is pat. gezond, terwijl foto 7465 dan hetzelfde beeld vertoont als foto 1621.

Samenvatting: Bij pat., die in volle gezondheid wat bloed opgeeft, wordt een dubbelzijdige topafwijking gevonden. Na drie jaar herhaalt zich de haemoptoë nogmaals. zonder dat de algemeene toestand er iets onder te lijden heeft.

Contrôlefoto in 1930 geeft geen verschil te zien met die van vijf jaar geleden.

Geval 24.

No. 19497. ♀ 20 jaar, zonder beroep.

Eerste onderzoek 23 Sept. '25. Anamnese: In de familie komt, voor- zoover met zekerheid is uit te maken, geen tuberculose voor. Pat. heeft in 1921, op advies van huisarts, thuis gedurende 9 maanden gerust voor aandoening van de rechter long. Daarna heeft ze, tot nu toe, thuis in huishouding gewerkt. Nu heeft ze wat pijn in de rechterzijde, ze hoest wat, geeft niet op.

Status praesens: Mager jong meisje. Lengte 1.75 M. Gewicht 55.7 K.G. Vorm en bewegelijkheid van thorax normaal. Longgrenzen beiderzijds gelijk, bewegen normaal.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen in de longen gevonden; behalve wat verscherpt ademgeruisch in den linkertop.

Foto 1633. In l. top talrijke speldeknopgrootte hardjes. Van l. top naar l. hilus eenige streep-teekening.

Beloop: Pat. komt achttmaal ter contrôle, het laatst in September 1930. De toestand blijft steeds volkomen goed. Er worden geen longafwijkingen gevonden.

Foto 7530 (Sept. '30) zelfde beeld als foto 1633.

Samenvatting: Bij pat. die 4 jaar geleden rustkuur voor longafwijking

doormaakte, wordt l. topafwijking gevonden, die na 4½ jaar geen klachten heeft veroorzaakt en ook op foto stationnair lijkt.

Geval 25.

No. 19266. ♂ 39 jaar, koopman.

Eerste onderzoek 14 Augustus '25. Anamnese: In de familie van pat. komt geen tuberculose voor. Pat. heeft Juni—Nov. '16 in Oranje-Nassau's Oord gelegen. Daarna heeft hij geregeld gewerkt. 7 Aug. 1925 heeft hij een golfje bloed opgegeven. Hij voelt zich overigens geheel gezond. Hij hoest niet, geeft niets op. In den afgelopen winter heeft hij ook eenige malen wat bloed opgegeven.

Status praesens: Flinke, gezond uitziende man. Lengte 1.77 M. Gewicht 71.7 K.G.

De thoraxbouw is normaal, de uitzetbaarheid is rechts wat minder dan links. Longgrenzen normaal.

Bij percussie r. boven gedempt, bij auscultatie rechts infraclaviculair en rechts achter boven eenige crepiterende rhonchi.

Sputum: negatief.

Foto 1652. Over geheele r. long verspreide, blijkbaar verkalkte plekjes, vooral in r. top. Van r. hilus een streepshaduw naar lateralen borstwand, waarschijnlijk interlobaire Schwarte.

Beloop: Pat. gaat Nov. '25—Maart '26 naar sanatorium Hellendoorn. De, na afloop der kuur, daar gemaakte foto gaf geen verschil met de bovenvermelde foto te zien. Pat. blijft wat hoesten en opgeven, doch is overigens gezond en werkt.

Foto 7407 (Aug. 1930) geeft nog steeds onveranderd beeld.

Samenvatting: Bij pat., die 9 jaar geleden sanatoriumkuur voor longtuberculose doormaakte, treedt een haemoptoe op. Er blijkt een r. topafwijking met verspreide kalkhaardjes in r. long aanwezig. De afwijkingen lijken na 5 jaar stationnair.

Geval 26.

No. 8406. ♀ 33 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 15 October 1918. Anamnese: Geen tuberculose in de familie. Op 19e jaar heeft pat. haemoptoe gehad. Sindsdien is ze gezond geweest. Ze hoest niet, geeft 's morgens iets op. Ze voelt zich altijd moe, heeft rugpijn, is tobberig van natuur.

Status praesens: Er worden geen afwijkingen gevonden, röntgenonderzoek vond toen ter tijd niet plaats.

Beloop: Pat. komt 16 April '25 terug, daar ze haemoptoe heeft gehad. Ze was de laatste jaren gezond. Ze hoest nu en geeft iets op. Ze heeft verder geen klachten, is alleen slap en gedeprimeerd.

Aan de longen worden geen afwijkingen gevonden.

Het sputum is negatief.

Foto 1287. In l. top en l. bovenveld talrijke scherp omschreven, intensieve vlekjes.

In Juni '25 heeft pat. weer een haemoptoe, zonder verdere ziekteverschijnselen, en ook later geeft ze af en toe wel eens bloed op.

In Augustus 1930 wordt weer een foto (No. 7908) gemaakt die hetzelfde beeld vertoont als foto 1287.

Samenvatting: Bij pat. die op 19e jaar haemoptoë had, worden op 33e jaar geen afwijkingen gevonden. Op 40e jaar heeft ze weer een haemoptoë, die tot foto aanleiding geeft, waarop l. topaandoening aanwezig blijkt. Later recidiveerende haemoptoë's, doch overigens geen klachten.

Contrôlefoto na 5 jaar vertoont onveranderd longbeeld.

Geval 27.

No. 4959. ♀ 31 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 21 December 1925. Anamnese: Pat. is in 1914 reeds op het consultatie-bureau geweest, met klachten van hoesten en opgeven. Een zekere diagnose werd toen niet gesteld. Röntgenonderzoek was nog niet mogelijk.

Nu is zij sinds een jaar vermagerd. Ze hoest wat en geeft een weinig slijm op. Ze voelt zich zwak, heeft weinig eetlust en zweet veel, zoowel overdag als 's nachts.

Status praesens: Vermoeid uitziende, magere vrouw. Lengte 1.63 M. Gewicht 54.2 K.G.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie links-achter boven verlengd expirium.

Sputum is negatief.

Foto 1841. Linker longtop is diffuus beschadwd. Onder linker sleutelbeen talrijke kleine vlekjes. Beide hili wat breder dan normaal.

Beloop: Met het oog op den algemeenen toestand wordt pat. in het sanatorium „Lighallen" opgenomen tot Maart 1926. Ze werd in goeden toestand ontslagen, bleef ook daarna steeds goed (laatste onderzoek Januari '29).

Samenvatting: Bij pat. die op 20-jarigen leeftijd reeds hoestte en opgaf, treden 10 jaar later klachten op van moeheid en hoesten. Er blijkt een l. topaandoening aanwezig. De klachten verdwijnen na een sanatoriumkuur. In de volgende drie jaren wordt bij herhaald onderzoek geen actief longproces gevonden.

Geval 28.

No. 16030. ♀ 36 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 10 Juni 1924. Anamnese. In de familie komt geen tuberculose voor. Man en vier kinderen gezond.

In Januari '24 heeft zij r. been gebroken, en werd daarvoor in ziekenhuis opgenomen, waar ze na een week bloed opgaf. Ze hoest soms, geeft een weinig slijm op. Voelt zich moe.

Status praesens: Gezond uitziende vrouw. Lengte 1.65 M. Gew. 70.4 K.G.

Thoraxbouw normaal.

Percussie: geen afwijkingen, longgrenzen bewegen normaal.

Auscultatie: geen afwijkingen.

Röntgendoorlichting: l. top iets minder helder. Verder geen afwijkingen.

Temperatuur normaal (drie dagen, driemaal daags gecontroleerd).
Sputum negatief.

Beloop: In October '25 komt pat. terug, daar ze weer bloed heeft opgegeven. Bij fysisch onderzoek wederom geen afwijkingen. Foto 1713 (Oct. '25). In l. top en ook onder l. sleutelbeen talrijke kleine vlekjes. Ook in r. top kleine vlekjes. Pat. gaat vier maanden naar sanatorium Lighallen. Ze blijft gezond, ook na haar ontslag, geeft echter bij herhaling in Febr. '27, Febr. '28, October '28 bloed op, zonder dat ze in haar werk belemmerd wordt.

Foto 7403 (Aug. 1930) vertoont zelfde beeld als foto 1713.

Samenvatting: Dubbelzijdige topaandoening, die aanleiding geeft tot recideverende haemoptoë's, doch overigens stationnair blijft.

Geval 29.

No. 20519. ♂ 23 jaar, loopknecht.

Eerste onderzoek 29 Januari '25. Anamnese: Ouders gezond, een zuster is overleden aan tuberculose, een broer heeft tuberculose.

Pat. is verkouden, hij hoest echter niet, geeft niet op. Daar in zijn familie tuberculose voorkomt, laat hij zich uit voorzorg onderzoeken.

Status praesens: Tengere, gezond uitziende jonge man. Lengte 1.76 M. Gew. 60 K.G.

De thorax is lang en smal, het sternum promineert een weinig, geen asymmetrie.

Bij percussie geen afwijkingen, longgrenzen normaal.

Bij auscultatie scherp inspirium in l. top.

Foto 1922. In l. top een erwtgroote, scherp omschreven, intensieve schaduw. Beide hili wat verbreed, met kalkhaardjes. Longvelden overigens volkomen helder.

Beloop: Bij vier contrôlebezoeken, tot Aug. '27 geen afwijkingen gevonden. In Aug. 1930 voelt pat. zich volkomen gezond, kan niet terugkomen voor foto.

Samenvatting: Gezonde man, die zich uit voorzorg laat onderzoeken, vertoont op de foto een l. tophaard, die vijf jaar later geen verschijnselen heeft gegeven.

Geval 30.

No. 20852. ♀ 33 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 2 Maart 1926. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Man en 2 kinderen zijn gezond.

In 1922 heeft pat. haemoptoë gehad. Werd toen een half jaar in Oranje-Nassau's Oord verpleegd. Het sputum was positief. Daarna is ze goed geweest tot Febr. '26. Toen kreeg ze bronchitis, waarvoor ze nu ter onderzoek komt. Ze hoest weinig meer, geeft wat slijm op.

Status praesens: Bij percussie links achter onder iets korter, bij auscultatie links achter boven gesaccadeerd ademen.

Sputum negatief.

Temperatuur normaal.

Foto 1991. In linker bovenveld en top meerdere puntvormige scha-

duwen met enkele kleine streepjes ertusschen. L. pleurarecessus is verduisterd.

Beloop: Pat. blijft gewoon aan haar werk. Ze wordt driemaal gecontroleerd tot Augustus '27. Ze had geen klachten en geen afwijkingen dan de bovenvermelde, noch bij fysisch onderzoek, noch bij doorlichten.

Samenvatting: Pat., die in 1922 longtuberculose heeft gehad, komt in 1926 wegens hoesten ter onderzoek. Er bestaat een topafwijking links, en resten van een pleuritis links onder. Na 1½ jaar is de toestand volmaakt goed gebleven.

Geval 31.

No. 20930. ♀ 26 jaar, typiste.

Eerste onderzoek 10 Maart '26. Anamnese: Vader in 1906 aan longtuberculose overleden. Moeder in 1924 aan hartkwaal overleden. Een broer en vier zusters gezond.

Pat. hoest sinds een maand, ze geeft niet op, werkt zonder bezwaar. Ze komt uit voorzorg, daar haar vader aan tuberculose overleden is.

Status praesens: Gezond uitziende jonge vrouw. Lengte 1.82 M. Gew. 70 K.G. Bouw en bewegelijkheid van thorax normaal.

Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen. Longgrenzen beiderzijds gelijk, bewegen normaal.

Foto 2012. L. top gelijkmatig beschaduwd. Bij beide hili verkalkte plekjes.

Beloop: Pat. wordt meerdere malen gecontroleerd, er worden geen afwijkingen gevonden.

Foto 7404 (Augustus 1930) vertoont hetzelfde beeld als foto 2012.

Samenvatting: Bij pat. die zich gezond voelt, doch wat hoest en uit voorzorg komt, vertoont de foto een topafwijking links, die op foto vier jaar later stationnair lijkt.

Geval 32.

No. 17370. ♀ 20 jaar, dienstbode.

Eerste onderzoek 15 December 1924. Anamnese: Een broer en een zuster wegens tuberculose in sanatorium verpleegd, ouders en een broer en een zuster gezond. Pat. is nooit ernstig ziek geweest. De laatste zes weken heeft ze veel last van rugpijn. Ze voelt zich moe. Ze hoest iets, geeft niet op. Ze zou vermagerd zijn.

Status praesens: Mager, gezond uitziend meisje. Lengte 1.70 M. Gew. 56.5 K.G. Thorax normaal gebouwd, beweegt symmetrisch bij de ademhaling. Geen lymphklierzwellingen.

Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Doorlichten: l. top minder helder. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Aanvankelijk bleef de toestand stationnair. Werd gecontroleerd in Februari en Juli 1925. In Februari '26 kreeg ze pleuritis exsudativa sinistra. Bij onderzoek in April '26 wordt links onder een demping met verzwakt ademen gevonden en op foto 2067: Linker recessus is beschaduwd. In l. top talrijke kleine vlekken. Bij l. hilus kalkplekjes.

Verder blijft pat. goed. Foto 7409 (Sept. 1930) geeft hetzelfde beeld te zien als foto 2067.

Samenvatting: Pat. met algemeene asthenische klachten blijkt linker topafwijking te hebben. Een jaar later krijgt ze pleuritis exsudativa, die geneest. De topafwijking blijft onveranderd.

Geval 33.

No. 21236. ♀ 39 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 14 April '26. Anamnese: Vader en één zuster aan tuberculose overleden. Verder geen tuberculose bij broers en zusters. Man en drie kinderen gezond.

Op 20-jarigen leeftijd is pat. gedurende drie maanden in een ziekenhuis verpleegd voor de longen. In 1918 heeft ze wegens een haemoptoe weer 7 weken in een ziekenhuis doorgebracht. Nu geeft ze de laatste maanden weer af en toe bloederig sputum op. Ze hoest wat, geeft wat slijm op. Voelt zich niet ziek, wel zwak.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.69. Gew. 76 K.G. Bouw en uitzetbaarheid van thorax is normaal.

Bij percussie wordt een lichte demping rechts achter boven vastgesteld, longgrenzen bewegen normaal. Bij auscultatie wordt links voor verzwakt ademgeruis met eenige kleinblazige rhonchi gevonden. Rechts intrascapulaire eenige rhonchi.

Sputum negatief.

Foto 2099. In l. bovenveld zeer talrijke verkalkte plekken.

Ook bij r. hilus vele kalkhaardjes.

Beloop: Pat. rust thuis eenige weken, verbetert spoedig, houdt eenige klachten van kortademigheid, rugpijn. Doet overigens zonder moeite haar werk (Aug. '30).

Foto 7391. (Aug. 1930) vertoont zelfde beeld als foto 2099.

Samenvatting: Bij pat. die 19 jaar geleden longafwijking had, wordt een nog actief proces in l. top en r. hilus gevonden. Beloop na 4 1/2 jaar stationnair. Ook foto's vertoonen hetzelfde beeld.

Geval 34.

No. 21366. ♀ 53 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 28 April 1926. Anamnese: Voorzoover met zekerheid is uit te maken komt in de naaste familie geen tuberculose voor.

Pat. is altijd zwak geweest. Ze voelt zich erg vermoeid, heeft veel last van rugpijn. Eetlust goed. Geen nachtzweet. Ze hoest niet, geeft zelden iets op.

Status praesens: Bleke vrouw, vermoeid uiterlijk. Lengte 1.71 M. Gew. 60 K.G.

De thorax is niet symmetrisch, waarschijnlijk als gevolg van rhachitis.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie in l. top achter enkele vochtige rhonchi na hoesten.

Foto 2129. In linkertop en links infraclaviculair eenige intensieve, hoekige, kleine schaduwen.

Beloop: stationnair. Pat. doet geregeld haar werk, heeft wel klachten,

die voor een deel door hypertensie (180/95) verklaard worden (kortademig, hartkloppingen). Aan de longen worden bij zeven contrôlebezoeken, het laatst in Oct. '28, geen afwijkingen meer gevonden.

Samenvatting: Bij pat., die in de anamnese niets heeft wat een longafwijking zou doen vermoeden, en zich wegens algemeene klachten laat onderzoeken, blijkt een oude linker topafwijking aanwezig, die na 2½ jaar geen klachten veroorzaakt.

Geval 35.

No. 22794. ♀ 40 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 8 October '26. Anamnese: Pat. heeft in 1919 longafwijking, links, gehad, die door huisarts thuis behandeld is. Na de rustkuur heeft ze zich steeds gezond gevoeld tot nu toe. 7 weken geleden gaf ze echter ongeveer een kopje bloed op. Ze hoest overigens niet, geeft geen slijm op. Temperatuur normaal.

Status praesens: Magere, gezond uitziende vrouw. Lengte 1.68 M. Gew. 54.1 K.G. Normale thorax.

Percussie. geen afwijkingen, auscultatie: 1. top scherp ademgeruisch, na hoesten daar eenige kleinblazige rhonchi.

Foto 2499. In 1. top vele grootere en kleinere schaduwen, ook 1. infraclaviculair eenige kleinere vlekjes.

Beloop: Pat. vertoeft Nov. '26—Maart '27 in sanatorium Lighallen; had ook daar eenmaal een haemoptoë, zonder verdere ziekteverschijnselen. Ook in Maart '28 en Aug. '28 krijgt ze weer haemoptoë's. Beide keeren wordt een foto gemaakt (No. 3937 en 4500) waarop alleen de vlekkelijke schaduwen in 1. top te zien zijn. In Maart '30 weer haemoptoë, bij doorlichten toen nog steeds beschaduwing van linker top, zonder verdere afwijkingen.

Samenvatting: Bij pat. die 7 jaar geleden longaandoening had, treedt een haemoptoë op. Er wordt een linkszijdige topafwijking gevonden die nog meerdere malen tot haemoptoë aanleiding is, doch overigens, ook röntgenologisch, stationnair blijft.

Geval 36.

No. 24390. ♀ 29 jaar, verpleegster.

Eerste onderzoek 27 April 1927. Anamnese: Een broer is in 1927 aan tuberculose overleden. Verder komt in de naaste familie geen tuberculose voor.

Pat. heeft 5 weken te bed gelegen, aanvankelijk met griep, keelpijn, heeschheid. Daar de temperatuur een weinig te hoog blijft (tot 37°8) komt ze ter onderzoek. Ze hoest niet, geeft niet op. Voelt zich moe.

Status praesens: gezond uiterlijk. Lengte 1.62 M. Gew. 62.7 K.G. Thorax normaal gebouwd, beweegt symmetrisch.

Bij percussie geen afwijkingen, bij auscultatie links infraclaviculair wat piepen te hooren.

Foto 3149. Boven en onder linker sleutelbeen meerdere kleine, weinig intensieve, vlekjes. Overigens zijn de longvelden helder. Bloedlichaampjesbezinkingssnelheid (Westergreen) na 1 uur 10 mM., na 2 uur 29 mM.

Beloop: Pat. wordt Juli '27—Januari '28 in Sonnevancck verpleegd. Daarna hervat ze haar werk, dat ze tot heden zonder bezwaar verricht.

Bij contrôleonderzoeken tot November '29 is ze steeds zonder klachten, terwijl geen afwijkingen aan de longen gevonden worden. Bij doorlichten in December '28 werden eveneens geen longafwijkingen gevonden.

Samenvatting: Bij pat. met algemeene klachten en lichte temperatuursverhooging, wordt op de foto een linker topafwijking vastgesteld, die drie jaar later geen ziekteverschijnselen heeft veroorzaakt.

Geval 37.

No. 23660. ♂ 47 jaar, los werkman.

Eerste onderzoek 3 Februari 1927. Anamnese: Een broer is waarschijnlijk aan tuberculose overleden. Verder komt er in de familie geen tuberculose voor.

Pat. heeft 17 jaar geleden een longlijden gekregen, waarvan hij $\pm$ 5 jaar ziek is geweest. Het sputum was in 1911 positief. Sinds 1914 werkt hij weer. Hij hoest nu iets, geeft iets op. Voelt zich moe. Heeft pas griep gehad.

Status praesens: Gezond uitziende man. Lengte 1.73 M. Gew. 68 K.G. Bouw en uitzetbaarheid van thorax is normaal.

Percussie: Links boven voor en achter iets korter. Longgrenzen beiderzijds gelijk, bewegen normaal.

Auscultatie: links boven voor en achter scherper ademen.

Temp. verhoogd tot 38° 's avonds.

Sputum: negatief.

Bloedlichaampjesbezinkingssnelheid (Westergreen) na 1 uur 1 1/2 mM., na 2 uur 4 mM.

Foto 2774: L. top minder helder dan rechter. Van top naar hilus links eenige streepshaduw.

Beloop: Pat. blijft steeds op de grens van invaliditeit.

In den linkertop worden meermalen rhonchi gehoord.

In Mei 1930 is de toestand stationnair.

Bij doorlichten blijkt het longbeeld nog onveranderd.

Samenvatting: Bij pat., die 17 jaar geleden actieve longtuberculose had, en die na een rustkuur weer als genezen werd beschouwd, treden algemeene klachten van moeheid enz. op. Er blijkt een l. topaandoening te bestaan, die in de volgende drie jaar stationnair blijft.

Geval 38.

No. 23682. ♀ 28 jaar, dienstbode.

Eerste onderzoek 7 Februari '27. Anamnese: Beide ouders (in 1903 en 1908) aan tuberculose overleden. Zij is eenigst kind.

Pat. is steeds gezond geweest. Sedert eenige weken hoest ze wat, geeft ook een weinig slijm op. Ze heeft verder algemeene klachten van moeheid, hoofdpijn, slechten eetlust.

Status praesens: Tengere vrouw. Lengte 1.62 M. Gew. 54.1 K.G.

Thorax normaal gebouwd.

Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Sputum: negatief.

Foto 2783. In l. top eenige scherp omschreven, intensieve vlekjes. In l. onderveld verspreid enkele kleine vlekjes.

Beloop: Bij heronderzoek na twee maanden vertoont pat. vele verschijnselen van neurasthenie, doch geen enkele van longtuberculose.

Haar toestand is tot Sept. 1930 goed gebleven.

Foto 7467 (Sept. '30) vertoont nog steeds tophaarden links en eenige verspreide vlekjes l. onder.

Samenvatting: Bij pat. die met nerveuze klachten ter onderzoek komt, wordt een l. topafwijking gevonden, die 3½ jaar later geen verschijnselen heeft gegeven en op conrôlefoto onveranderd lijkt.

Geval 39.

No. 23827. ♀ 31 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 21 Februari '27. Anamnese: Geen tuberculose in de familie. Man en één kind zijn gezond.

Pat. heeft op haar 21e jaar een haemoptoë gehad. Is toen thuis behandeld. De laatste maanden hoest ze 's morgens wat, geeft ook wat slijm op. Heden heeft ze een weinig bloed opgegeven. Ze voelt zich erg moe. Begin Januari '27 heeft ze lichte griep gehad; daarna zijn haar klachten gekomen.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.62 M. Gew. 67 K.G.

Thorax normaal gebouwd, beweegt symmetrisch.

Percussie: geen afwijkingen. Auscultatie: links boven scherp ademgeruisch.

Sputum negatief.

Temperatuur normaal (3 dagen 3 maal daags gecontroleerd).

Bezinkingssnelheid der roode bloedlichaampjes: na 1 uur 20 mM., na 2 uur 35 mM.

Foto 2838. In l. longtop een paar kleine haardjes. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Pat. houdt thuis aanvankelijk wat rust, maar ze blijft haar huishouding bestieren. Ze houdt steeds asthenische klachten (moeheid, hoofd- en rugpijn, anorexie).

Foto 7402 (Aug. 1930) vertoont zelfde beeld als foto 2838.

Samenvatting: Bij pat. die vroeger bloed heeft opgegeven en nu met algemeene klachten ter onderzoek komt, wordt linker topafwijking gevonden, die stationnair blijft. Ze houdt asthenische klachten.

Geval 40.

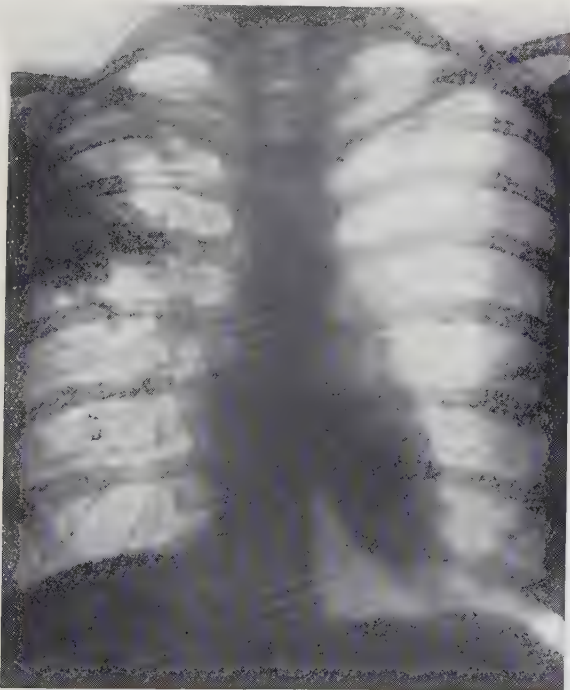
No. 26322. ♀ 33 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 11 Januari 1928. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor, man en vier kinderen zijn gezond.

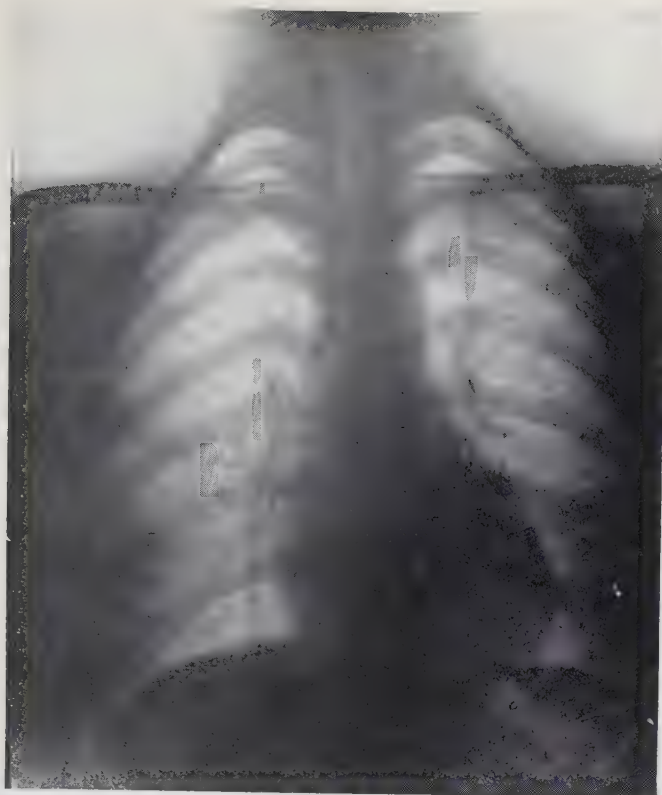
Pat. is nooit ernstig ziek geweest. De laatste maanden heeft ze wat gehoest, momenteel niet meer. Ze voelt zich erg moe, heeft rugpijn, slechte eetlust.



V



VI



VII



Status praesens: Magere, vermoeid uitziende vrouw. Lengte 1.72 M. Gew. 55.6 K.G. Asthenische lichaamsbouw.

Temperatuur normaal.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Foto 1928. In r. top, en ook even onder de clavicula zeer talrijke grootere en kleinere vlekjes, waartusschen luchthoudend longweefsel. Eenige streep-teekening van top naar r. hilus.

Beloop: Ze wordt Febr.—Mei '28 opgenomen in het sanatorium „Lig-hallen". Ze behoudt haar asthenische klachten, doch de toestand der longen blijft onveranderd. Ze komt na de kuur geregeld ter contrôle (acht keer). Steeds asthenische klachten (moeheid, hoofd- en rugpijn, anorexie) geen longafwijkingen.

Foto 7466 (Sept. '30) vertoont zelfde beeld als foto 1928.

Samenvatting: Bij pat. die met asthenische klachten ter onderzoek komt, wordt r. topafwijking gevonden, die na 2 ½ jaar stationnair lijkt.

Geval 41.

No. 26305. ♂ 28 jaar, electriciën.

Eerste onderzoek 13 Januari 1928. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Pat. is altijd gezond geweest. In December '27 heeft hij kou gevat, sindsdien hoest hij wat en geeft wat slijm op. 1 Jan. '28 gaf hij wat bloed op.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.82 M. Gew. 80.2 K.G.

Bouw en uitzetbaarheid van thorax is normaal.

Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

Sputum: negatief.

Bloedbezinkingssnelheid (Westergreen) na 1 uur 7 mM., na 2 uur 13 mM.

Foto 3701. In rechterscherm talrijke scherp omschreven vlekjes. Verder geen afwijking, behalve eenige kalkplekjes bij beide hili.

Beloop: Bij heronderzoek in Juni '28 is pat. volkomen gezond. Er worden geen afwijkingen gevonden. Daar hij, zonder adres op te geven, is verhuisd, is het maken van contrôlefoto onmogelijk.

Samenvatting: Pat. geeft in aansluiting aan verkoudheid wat bloed op. Er blijkt een afwijking van den r. longtop te bestaan, die na een half jaar geen verdere verschijnselen heeft gegeven.

Geval 42.

No. 25198. ♀ 48 jaar, werkvrouw.

Eerste onderzoek 9 Augustus 1927. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. is altijd gezond geweest, kreeg 9 Januari '27 plotseling een haemoptoe, waarvoor ze drie maanden in het gemeenteziekenhuis doorbracht. Ze hoest iets, geeft niet op. Is moe, heeft soms hartkloppingen. In het ziekenhuis werden geen longafwijkingen gevonden.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.59 M. Gew. 57.4 K.G.

Normale thorax.

Percussie en auscultatie: geen afwijkingen aan de longen.

Bloeddruk 200/110.

Foto 3304. In rechter top enkele onscherp begrensde, kleine vlekjes. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Pat. komt zes maal ter contrôle. Ze houdt klachten van vermoeidheid, hartkloppingen enz.

Foto 7517 (Sept. '30) vertoont zelfde beeld als foto 3304.

Samenvatting: Bij pat. worden na haemoptoë, haardjes in r. top aangetoond. De concomiteerende hypertensie is echter een aannemelijker verklaring voor de haemoptoë. De toestand der longen is na drie jaar stationnair.

G e v a l 43.

No. 20460. ♂ 34 jaar, goudsmid.

Eerste onderzoek 25 Januari '26. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. heeft in 1923 bloed opgegeven en zes weken geleden weer. Ligt sinds zes weken te bed.

Hij hoest wat, geeft wat slijm op. Voelt zich overigens gezond.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.67 M. Gewicht 54.6 K.G.

De thorax is plat, symmetrisch, ook bij de ademhaling. De trachea is iets naar rechts verplaatst.

Bij percussie wordt rechts boven een damping vastgesteld. Bij auscultatie geen afwijkingen.

Sputum negatief. Temperatuur normaal.

Foto 1918. R. top en r. bovenveld doorzaaid met haardjes van wisselende grootte. In r. onderveld vermeerderde bindweefselteekening. In l. top ook eenige kleine vlekjes.

Beloop: Gaat Febr.—Sept. '26 naar sanatorium „Berg en Bosch". Is daarna goed en geheel valide. Komt nog geregeld voor contrôle-onderzoek.

Foto 7502 (September '30) vertoont kleine haardjes in beide longtoppen, rechts meer dan links.

Samenvatting: Bij pat. die drie jaren geleden en zes weken geleden een haemoptoë had, wordt dubbelzijdige topafwijking gevonden, die na vier jaar zich niet heeft uitgebreid.

G e v a l 44.

No. 15441. ♀ 15 jaar, winkeljuffrouw.

Eerste onderzoek 19 Maart 1924. Anamnese: Vader heeft longtuberculose, 1 broertje hiluskiertuberculose. Moeder, 2 zusjes en 1 broer zijn gezond.

Pat. is altijd gezond geweest. Sinds een half jaar heeft ze matig groote klierzwellen aan onderkaak. Ze hoest en geeft wat slijm op. Ze voelt zich gauw moe.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.71 M. Gew. 62.7 K.G. Thorax normaal.

Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Onder de onderkaak rechts een klierpakket.

Sputum negatief. Reactie van v. PIRQUET: sterk positief.

Foto 488. In r. top meerdere intensieve vlekjes, bij r. hilus eveneens. In l. top enkele kleine vlekjes.

Beloop: Kuur in sanatorium „Lighallen” Mei—Juni '24, waar ze hoogtezonbehandeling krijgt. Ze blijft verder zonder klachten tot Maart '27. De klierzwellings is inmiddels sterk teruggegaan. Ze heeft nu eenige malen een weinig bloed op.

Bij fysisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden.

Op foto 2891 (Maart '27) worden in beide toppen intensieve vlekjes gevonden. Bij r. hilus verkalkte klieren.

Pat. blijft verder gezond, huwt en krijgt een kind.

Laatste onderzoek November '28.

Samenvatting: Bij pat. die wegens klieraandoening ter onderzoek komt, wordt een grootendeels verkalkt r. topproces gevonden. Na drie jaar een geringe haemoptoë, verder geen klachten, ook anderhalf jaar later niet.

Geval 45.

No. 21548. ♂ 28 jaar, meubelmaker.

Eerste onderzoek 25 Mei '26. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. heeft $\pm$ 10 jaar geleden longtuberculose gehad, hij gaf toen bloed op. Werd gedurende drie maanden thuis behandeld. Daarna is hij gezond geweest. Gisteren gaf hij weer wat bloed op. Hoest niet, geeft geen slijm op.

Status praesens: Magere, gezond uitziende man. Lengte 1.70 M. Gew. 57.1 K.G.

Normale thoraxbouw. Bewegelijke longgrenzen.

Bij percussie en auscultatie aan de longen geen afwijkingen.

Beloop: Pat. bleef volkomen gezond, doch kreeg in Febr. '28 weer een haemoptoë, bij volkomen welbevinden. Ook toen bij fysisch onderzoek geen afwijkingen.

Foto 3841 (Febr. '28). In beide toppen heldere witte vlekjes. Bij l. hilus talrijke verkalkte klieren. Links midden lateraal verkalkt primair-affect.

Pat. blijft aan zijn werk, heeft ook bij heronderzoek in Maart, Juni en Nov. '28 geen klachten en geen afwijkingen.

Samenvatting: Bij pat. die $\pm$ 10 jaar geleden waarschijnlijk longtuberculose had, treden na 10 en 12 jaar haemoptoë's op, die overigens met geen andere ziekteverschijnselen gepaard gaan. Er wordt een dubbelzijdige topafwijking gevonden, die ook na een half jaar geen verschijnselen geeft.

Geval 46.

No. 26626. ♀ 29 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 13 Febr. 1928. Anamnese: Vader en twee zusters aan tuberculose overleden. Man en drie kinderen zijn gezond.

Pat. is tot Januari '27 volkomen gezond geweest. Toen heeft ze een golfje bloed opgegeven. 14 Maart—29 Juli '27 is ze in sanatorium „Berg en Bosch” verpleegd. Sindsdien is zij weer gezond tot vorige week. Ze voelt zich nu minder goed, heeft verhooging tot $\pm 37^{\circ}8$. Ze hoest niet, geeft niet op.

Uit inlichtingen uit het sanatorium „Berg en Bosch” blijkt dat pat. in 1927 lijdende was aan tuberculose van den linkertop. Op de foto waren links in den top een boongroote en onder de clavicula eenige kleine haardjes te zien. De temperatuur was normaal. Het sputum steeds negatief, de bezinkingssnelheid der roode bloedcellen niet verhoogd.

Status praesens (Febr. '28): Gezond uitziende vrouw. Lengte 1.69 M. Gew. 86 K.G.

Thorax normaal. Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen. Bij doorlichten een kalkhaard in l. top.

Beloopt: Na een maand is de temperatuur weer normaal. Pat. voelt zich weer beter. In Aug. '28 geeft ze weer wat bloed op.

Foto 4588 (Sept. '28) vertoont in l. top een groote, onder de clavicula eenige kleinere intensieve haardjes. Overigens geen klachten.

In Dec. '29 geeft ze weer vrij veel bloed op. Ze hoest overigens niet, geeft geen sputum op. De temp. blijft onder $37^{\circ}6$.

Foto 6419 (Dec. '29) vertoont nog hetzelfde beeld als de vorige. Sindsdien is de toestand goed gebleven.

Samenvatting: Bij pat. die sinds drie jaren recidiveerende haemoptoë's heeft wordt een stationnaire l. topafwijking gevonden.

Geval 47.

No. 26968. ♀ 47 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 20 Maart 1928. Anamnese: Twee zusters zijn aan tuberculose overleden. Een broer wordt in een sanatorium verpleegd. Man en twee kinderen zijn gezond.

Pat. heeft twee jaar geleden wegens zwakte een maand gerust. Sinds drie maanden hoest ze. Ze geeft niet op. Eetlust gering. Lendenpijn. Benauwd op de borst.

Status praesens: Magere, gezond uitziende vrouw. Lengte 1.67 M. Gew. 54.9 K.G. Thorax normaal.

Temperatuur normaal (3 dagen 4 maal daags opgenomen).

Bij percussie rechts boven voor en achter kortere toon, bij auscultatie daar scherper ademgeruisch.

Foto 3913. In beide bovenvelden verspreide vlekkelijke en streperige schaduwen. Ook vlak onder het rechter sleutelbeen eenige kleine schaduwen. Links eenige verspreide kalkhaardjes.

Beloopt: Pat. komt in sanatorium „Lighallen” Mei—Juli '28. Wordt in goeden toestand met een gewicht van 57.3 K.G. en zonder klachten ontslagen.

In December '28 geeft ze wat bloed op, geen slijm. Geen koorts. Bij onderzoek en doorlichting worden dezelfde afwijkingen gevonden. Daarna blijft ze zonder klachten, doet haar huishouding.

Foto 7389 (Aug. '30) vertoont zelfde beeld als foto 3913.

Samenvatting: Bij pat. die algemeene klachten heeft, wordt dubbelzijdige topafwijking gevonden, die na twee jaar geen uitbreiding heeft gekregen.

Geval 48.

No. 26789. ♀ 35 jaar, huisvrouw.

Eerste onderzoek 28 Februari '28. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. voelt zich den laatsten tijd slap en moe. Heeft rugpijn, hoest niet, geeft niet op.

Status praesens: Magere, zwak uitziende vrouw. Lengte 1.69 M. Gew. 55 K.G. Thorax normaal.

Bij percussie rechts boven voor kortere toon, bij auscultatie geen afwijkingen.

Foto 3855. In beide toppen kleine, niet scherp omschreven vlekjes. Verder geen afwijkingen.

Beloop: Pat. heeft bij twee heronderzoeken dezelfde asthenische klachten, geen longafwijkingen.

Foto 7516 (Sept. '30) vertoont hetzelfde beeld als foto 3855.

Samenvatting: Bij pat. met asthenische klachten wordt dubbelzijdige topafwijking gevonden, die na 2½ jaar stationnair lijkt.

Geval 49.

No. 26983. ♀ 25 jaar, dienstbode.

Eerste onderzoek 21 Maart 1928. Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor.

Pat. heeft 10 jaar geleden ruim een jaar in een sanatorium in Duitsland doorgebracht wegens longtuberculose. Ze hoest soms wat, geeft wel eens wat slijm op. De huisarts heeft het sputum de laatste jaren zesmaal laten onderzoeken, het was steeds negatief. Twee weken geleden, gaf ze, terwijl ze verkouden was, een paar fluimen bloed op. Ze hoest sindsdien wat meer.

Status praesens: Gezond uiterlijk. Lengte 1.64 M. Gew. 51.7 K.G. Thorax normaal.

Percussie en auscultatie: geen afwijkingen, behalve iets scherper ademgeruisch rechts boven.

Sputum: negatief.

Foto 3927. In beide toppen wazige schaduwen, met eenige meer intensieve plekjes. In r. onderveld enkele kleine vlekjes.

Beloop: Pat. blijft haar werk doen. In Mei '28 geeft ze weer vrij veel bloed op, blijft dan op advies van huisarts vier weken te bed. In Juli '28 wordt weer een foto (No. 4327) gemaakt, die hetzelfde beeld vertoont als de vorige.

Pat. blijft verder goed, huwt in October '29. Ook in Febr. '30 geeft

ze, zonder verdere ziekteverschijnselen, bloed op. Bij doorlichten toen onveranderd longbeeld. Daarna weer geheel gezond.

Foto 7470 (Sept. '30) geeft nog zelfde beeld als vorige foto's.

Samenvatting: Pat., die 10 jaar geleden rustkuur voor longtuberculose doormaakte, krijgt haemoptoë, die zich nog twee maal herhaalt, zonder verdere ziekteverschijnselen. Er bestaat een dubbelzijdige topafwijking, die stationnair lijkt.

Geval 50.

No. 9631. ♂ 20 jaar, tuinman.

Eerste onderzoek 20 Maart '28. Anamnese: Vader in 1918 aan tuberculose overleden. In vader's familie komt veel tuberculose voor. Moeder gezond. Zusje in 1919 aan tuberculose overleden. Een zusje ligt met gewrichtstuberculose in Sophiastichting te Scheveningen. Twee broers en een zuster zijn gezond.

Pat. is na den dood van zijn vader ook op het consultatiebureau geweest. Er werd toen niets bij hem gevonden, röntgenonderzoek vond niet plaats. Nu is hij sinds enkele dagen minder goed, hoest wat, geeft wat slijm op, heeft ook wat bloed opgegeven. Eetlust goed. Geen nachtsweet.

Status praesens: Krachtig gebouwde jonge man. Lengte 1.73 M. Gew. 69 K.G. Thorax normaal.

Bij percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Sputum negatief.

Foto 3919. In den rechter top enkele scherp omschreven vlekjes. Rechts naast trachea een hazelnootgrootte, verkalkte klier.

Beloop: Pat. komt Sept. '28, Febr., Juni, Dec. '29 voor contrôle. Heeft geen klachten. Is inmiddels zeeman geworden. In najaar '29 geeft hij nog eens een weinig bloed op.

Bij doorlichten in Febr. en Dec. '29 worden steeds dezelfde tophaardjes en klierschaduw waargenomen, terwijl de longvelden helder zijn.

Samenvatting: Bij pat., die in zijn jeugd in een besmet milieu vertoefde, treedt op 20-jarigen leeftijd een haemoptoë op. Er bestaat een r. topafwijking, die overigens geen verschijnselen geeft en na een jaar stationnair lijkt.

Wanneer we nu deze gevallen nader in oogenschouw nemen, kunnen we in de eerste plaats opmerken, dat van de 50 gevallen slechts 3 uitgebreidere tuberculose hebben gekregen (geval 5, 16 en 19).

In hoeverre er een oorzakelijk verband tusschen de topaandoening en het eventueel daarna opgetreden overige longproces moet worden aangenomen, zullen we in het midden laten; maar wel kunnen we constateeren, dat in twee gevallen (5 en 19) een rechtszijdige topafwijking bestond, terwijl er later een linkszijdig longproces bijkwam.

Het echte apicocaudale voortschrijden, zooals men zich dat denkt, hebben we dus in deze gevallen niet voor ons. Bij geval 16 zien we een dubbelzijdige tuberculose optreden, die aan den kant, waar vroeger de topafwijking gevonden werd, verreweg het uitgebreidst is.

Het aantal gevallen van onze verzameling is te klein om aan het te berekenen percentage (dat dus 6% progredient ziek gewordenen zou bedragen) eenige waarde te hechten. We kunnen alleen opmerken, dat onze bevinding overeenkomt met de Duitsche statistieken, die wel is waar een grooter materiaal omvatten, dat echter, aangezien niet steeds een röntgenologisch bewijsstuk aanwezig is, minder betrouwbaar moet worden geacht. We laten in onderstaande tabel een overzicht van deze statistieken volgen:

	aantal	progredient ziek geworden	%
BRÄUNING ¹⁾	165	12	7.2
LYDTIN ²⁾	450	31	7.0
REDEKER en WAL- TER ³⁾	144	8	5.5
KAYSER-PETERSEN ⁴⁾	679	51	7.6

Het is derhalve wel niet aan twijfel onderhevig, dat we hier niet met den gewonen beginvorm der longtuberculose te maken hebben. Al mag de topaandoening ook in enkele gevallen tot uitgebreidere aandoeningen aanleiding geven, voor de phthisiogenese in 't algemeen, kunnen we haar van zeer ondergeschikt belang achten. Ook worden we in deze meening nog gesterkt, wanneer we berekenen, dat de gemiddelde leeftijd onzer gevallen 31 jaar bedraagt. Waar we weten, dat de tuberculose als regel in het derde decennium tot uiting komt, is dus ook hierin een argument te meer te zoeken, dat tegen het topbegin der tuberculose pleit.

Is deze topaandoening nu in het algemeen onschuldig en voor den patiënt van niet meer belang dan andere litteekens van tuberculeuse processen? Wij meenen deze vraag bevestigend te mogen beantwoorden.

1) BRÄUNING: Beitr. z. Klin. der Tub. Bd. 58.

2) LYDTIN: Zeitschrift f. Tub. Bd. 49.

3) REDEKER u. WALTER, l.c.

4) KAYSER—PETERSEN: Tagung Wildbad 1928.

Wanneer we kennis nemen van de klachten, waarmee de patiënten tot ons komen, zien we, dat in 8 onzer gevallen één en in 15 gevallen zelfs meerdere haemoptoë's optraden. Wij zijn geneigd, om deze haemoptoë's voor weinig ernstig te houden. Aanvankelijk zijn de patiënten er natuurlijk zeer door onthutst, zooals door het begin van een ernstige ziekte. Wanneer echter meerdere recidieven optreden, begint menigeen deze haemoptoë's op den duur luchthartiger te beschouwen, staakt er nauwelijks het werk voor, zonder dat hiervan nadeelige gevolgen gezien worden. Over de verklaring van dit soort longbloedingen bekommert men zich, voorzoover onze litteratuurstudie ons leerde, slechts weinig. En toch ligt hier een moeilijkheid; immers de gewone verklaringen voor het optreden der haemoptoë: de arrosie van een bloedvat, het barsten van een aneurysma van RASMUSSEN, de haemorrhagische exsudatie bij de alveolitis, stuwung in de kleine circulatie,—laten hier in de steek. Wij wagen de veronderstelling, ons wel bewust hiermede het rijk der fantasie te betreden, dat de mechanische laesie, die de verkalkte hardjes in het longweefsel teweeg kunnen brengen, hier een rol speelt.

Een geval door JAQUEROD ¹⁾ gepubliceerd, waar een longsteentje tot recidiveerende haemoptoë's leidde en tenslotte uitgehoest werd, waarmee tevens de serie haemoptoë's een eind nam, leidde onze gedachten in deze richting. We achten het mogelijk dat de, in vergelijking met het omringende weefsel, zwaardere kalkhaarden, bij de ademhaling, maar vooral bij hoesten, in het losmazige en zoo bij uitstek bloedrijke longparenchym heen en weer geslingerd worden, en zoo van tijd tot tijd tot kleine weefselverscheuringen aanleiding kunnen geven.

Het is opvallend, hoezeer bij onze gevallen het vrouwelijke geslacht overheerscht. Wij vermeldden 38 gevallen bij vrouwen tegen 12 bij mannen. (In 't algemeen is de verhouding van vrouwelijke en mannelijke bezoekers van het Bureau 54 en 46%).

De verklaring hiervoor moet o.i. in de zwakkere constitutie der vrouw, met aanleg tot asthenie, gezocht worden.

Dagelijks immers ontmoet men in een consultatiebureau asthenische patiënten (asthenisch hier in ruimen zin bedoeld),

1) JAQUEROD: Hémoptysies à répétition provoquées par la présence d'un calcul. Etudes sur la Tuberculose. Masson 1922.

voor de overgrootte meerderheid vrouwen, die ten einde raad ook hier voor onderzoek komen met ontelbare klachten, waarvan als voornaamste genoemd kunnen worden: moeheid, rugpijn, hoofdpijn, slechte eetlust en onverzadigbare slaperigheid. De gevallen 3, 7, 10, 17, 18, 21, 39, 40, 48 behooren tot deze categorie. Deze patiënten hebben wel soms den habitus phthisicus, maar slechts uiterst zelden actieve tuberculose. Even goed als bij andere patiënten vindt men echter bij haar inactieve topphaardjes. Of de asthenicae meer dan anderen deze topphaardjes vertoonen, durven wij niet uit te maken.

Naar onze overtuiging wordt nog al te dikwijls in zulke gevallen verband aangenomen tusschen de asthenische klachten en de topphaarden.

Wij meenen, dat het opvallende verschil in frequentie van topphaarden bij man en vrouw zoo een ongedwongen verklaring vindt.

HOOFDSTUK V

Waar we in het voorgaande meenden te kunnen bevestigen, dat de topaandoening voor het ontstaan der progrediente long-tuberculose niet dat alles overheerschende belang heeft, dat men er aan wilde toekennen, rijst als vanzelf de vraag, hoe we deze topaandoening dan wel moeten opvatten en bovenal, hoe en wanneer ze tot stand komt.

Aan de hand van eenige gevallen zullen wij trachten hieraan een bevredigende oplossing te geven.

G e v a l 14302.

♀ 25 jaar, dienstbode.

Eerste onderzoek 10 October 1923.

Anamnese: In de familie van patiënte komt geen tuberculose voor. Ze is echter verloofd geweest met tuberculosepatiënt, die in 1920 overleden is en heeft een buurmeisje verpleegd, dat aan tuberculose leed en in Augustus 1923 overleed. Ze is vroeger steeds gezond geweest. Patiënte hoest sedert ongeveer zeven weken. Ze heeft gewerkt tot 21 Sept. '23. De laatste veertien dagen lag ze te bed. Ze hoest veel, geeft veel slijm op. In het begin van haar ziekte gaf ze wat bloed op. Ze is moe en slap, is weinig vermagerd.

Lengte 1.58. Gew. 53.7 K.G. Bouw en bewegelijkheid van thorax normaal. Pols 84, regelmatig.

Status praesens: Bij percussie wordt rechts boven zoowel voor als achter een lichte demping gevonden, bij auscultatie rechts boven verzwakt ademen en infralaviculair eenige dubieuse kleinblazige rhonchi.

Sputum: positief. Temperatuur (gedurende 3 dagen gecontroleerd), 's avonds 37°9 à 38°.

Foto 98. Rechter bovenkwab wordt ingenomen door kleinvlekkige schaduwen. In het supraclaviculaire gedeelte zijn slechts weinig schaduwen aanwezig. De rechter hilusschaduw is aanmerkelijk verbreed. Rechts infralaviculair een onregelmatige niet geheel scherp begrensde opheldering, waarschijnlijk een caverne. Geen vochtspiegel te zien. Links onder eenige kleine intensieve vlekjes.

Beloop: In het sanatorium „Lighallen” vertoevende van 10 October 1923 tot 19 April 1924, verbetert patiënte zeer voorspoedig, en wordt in goeden toestand ontslagen. Bij doorlichten toen rechts boven minder helder, de caverne niet meer te zien. Ze is in staat haar werkzaamheden te hervatten.

Bij heronderzoek in Juli 1928 is patiënte volkomen zonder klachten. Bij percussie wordt rechts boven verkorte toon vastgesteld, en bij auscultatie aldaar wat verscherpt ademgeruisch.

Foto 4364 (Juli 1928) vertoont rechts boven de clavikel en direct er onder eveneens enkele vrij intensieve vlekkelijke schaduwen.

In Juli 1929 is de toestand onveranderd. Patiënt is gravida, heeft geen bijzondere bezwaren.

G e v a l 18697.

♂ 29 jaar.

Eerste onderzoek 3 Juni 1925.

Anamnese: In de familie van patiënt komt geen tuberculose voor. Een zwager ligt in sanatorium. Hij is bediende op een pathologisch-anatomisch laboratorium en komt daar veel met sectiemateriaal in aanraking.

Sinds $\pm \frac{1}{2}$ jaar voelt hij zich moe, is allengs vermagerd. Kucht den laatsten tijd wat en geeft wat slijm op. De temperatuur is licht verhoogd. Vroeger was hij steeds volmaakt gezond.

Status praesens: Magere man. Thorax plat, symmetrisch. Links boven voor en achter verkorte percussietoon. Links achter boven worden vele fijne rhonchi gehoord. Rechts achter in de top enkele dubieuze rhonchi.

Sputum: positief.

Foto 1392 (zie afb. III). Linker bovenkwab geheel en rechter bovenkwab gedeeltelijk ingenomen door kleine vlekvormige schaduwen, die hier en daar ophelderingen open laten. Linker top is diffuus beschaduwd. Onder linker clavicula een ronde opheldering, waarschijnlijk een „vroegcaverne". Bij beide hili enkele kalkhaarden.

Beloop: Patiënt vertoeft van Juli tot November 1925 in het sanatorium te Delft, verbetert daar zeer voorspoedig. Hij wordt zonder klachten en volkomen valide ontslagen. Hij hervat zijn werk en blijkt bij heronderzoek steeds in stationnair toestand te verkeeren. De linker top is bij percussie steeds wat korter, bij auscultatie geen afwijkingen.

Foto 4309. (Juli '28 (zie afb. IV)). Linker top minder helder dan rechter. Overigens geen afwijkingen.

G e v a l 22004.

♀ 21 jaar; leerling krankzinnigenverpleegster.

Eerste onderzoek 13 Juli 1926.

Anamnese: In de familie geen tuberculose, in haar omgeving, voor zoover bekend, evenmin. Patiënte is vroeger nooit ziek geweest. Ze ligt nu zes weken te bed met koorts tot $\pm 38^{\circ}7$. Vier weken geleden heeft ze wat bloed opgegeven. Ze hoest, geeft slijm op.

Status praesens: Goede algemeene toestand. De thorax is normaal gebouwd, zet links minder uit dan rechts. Geen klierzwellingen. Percussie: links boven voor en achter gedempt. Auscultatie: Links boven, voor en achter, eenige kleinblazige rhonchi.

Sputum: positief. Temperatuur komt niet boven $37^{\circ}5$.

Foto 2291. Geheele linker bovenveld is beschaduwd door vele onscherp

omschreven vlekjes, die zich uitstrekken van den hilus naar den lateralen borstwand.

Linker hartgrens zeer onscherp begrensd.

Belooft: Ze vertoeft van Augustus '26 tot Juni '28 in sanatorium Sonnevand. De kuur verloopt voorspoedig, de temperatuur was normaal. In Juni '28 wordt ze in goeden toestand ontslagen. Ze hoest niet, geeft nog wel eens iets op. Trachea mediaan.

In de longen wordt links boven verkorte percussietoon en wat scherper ademgeruisch gevonden.

Foto 4270. In linker longtop enkele grootere en kleinere vlekjes. Verder geen afwijkingen.

Patiënte hervat haar werk als verpleegster en blijkt bij heronderzoek in April 1930 zonder klachten en volkomen valide.

Samenvattende, vermeldde we dus hier drie gevallen van tamelijk uitgebreide longtuberculose bij volwassenen, alle drie met tuberkelbacillen in het sputum, alle drie met ondubbelzinnige afwijkingen bij physisch en röntgenologisch onderzoek, die na een sanatoriumkuur practisch als genezen werden beschouwd, en die een paar jaar na het begin van hun ziekte op de röntgenfoto slechts een éézijdige topafwijking te zien geven. Boven merkten wij reeds op, hoe door de röntgenologie op verrassende wijze de geneesbaarheid der tuberculose werd aangetoond; de juist vermelde gevallen mogen ter illustratie hiervan dienen.

De veronderstelling, dat de topafwijking van den beginne af bestaan heeft en juist als oorzaak der uitgebreidere aandoening moet worden beschouwd, wordt door onze gevallen niet gelogenstraft. Elders (zie o.a. REDEKER en WALTER) zijn echter meerdere gevallen waargenomen, waar de afwijking aanvankelijk den top geheel vrij liet, terwijl later slechts een topafwijking overbleef.

Onmiddellijk dringt zich nu de vraag aan ons op, waarom de genezing nu juist in den top niet of in mindere mate tot stand komt dan elders in de long en deze vraag blijft voorshands evenzeer een antwoord ontberen als zij dat deed in haar vroegere formuleering, waarom de top zoo bij uitstek als praedilectieplaats van de beginnende longtuberculose moest worden beschouwd. Langen tijd heeft de verklaring van TENDELOO¹⁾ veel instemming gevonden, dat de longtop deswege een zoo

1) Zie o.a. de monographie van TENDELOO in: BRAUER, SCHRÖDER, BLUMENFELD. Handbuch der Tuberculose. Bd. I.

geschikt terrein opleverde voor den tuberkelbacil om zich te handhaven en te vermeerderen, omdat in den longtop de bewegingsenergie van den lymphstroom, het „mouvement de va et vient” het geringste zou zijn. De ervaringen, opgedaan met de kunstmatige pneumothorax, maken het echter onwaarschijnlijk, dat in de long, evenmin trouwens als elders, de rust van het orgaan, en dus een zoo groot mogelijke beperking van de bewegingsenergie van den lymphstroom tevens, voor den tuberkelbacil als gunstige factor zou kunnen worden aangemerkt. Deze bezwaren tegen de opvatting van TENDELOO gelden niet voor de verklaring van WALSH ¹⁾, volgens welke de longtop juist zoo gemakkelijk aan den tuberkelbacil ten prooi valt, omdat in den top een zoo bij uitstek levendige ventilatie en circulatie zou plaats vinden.

Bij de in het vorige hoofdstuk vermelde topaandoeningen vinden we in meerdere gevallen een met zekerheid, of met meer of minder groote waarschijnlijkheid, aan te nemen voorafgegane longtuberculose in den klinischen zin van het woord. We mogen dus aannemen, dat hierbij de topafwijking een overblijfsel is van deze uitgebreidere afwijking. In de meeste gevallen laat de anamnese echter geenszins een vroegere longtuberculose vermoeden. Aan te nemen, dat de ziekte hier volkomen zonder verschijnselen is verlopen, is gedwongen, onwaarschijnlijk en niet noodig, daar we een andere verklaring voor het optreden dezer tophaarden hebben.

In een groot aantal gevallen, waarschijnlijk wel in het meeren-deel, zijn deze tophaarden resten van een tuberculeuse jeugd-infectie.

Voor al SIMON en REDEKER ²⁾ hebben deze opvatting verdedigd en aannemelijk gemaakt, doch aller instemming hebben ze niet verworven.

De patholoog-anatoom LOESCHKE ³⁾ deelde op het congres in Wildbad mede, dat zijn ervaring aan een groot materiaal hem leerde, dat in kinderlongen geen tuberculeuse tophaarden voorkomen. Het eerste geval vond hij bij een veertienjarige. Dat deze meening niet te handhaven is en dat we beter doen ons bij de opvatting van SIMON en REDEKER aan te sluiten,

1) J. WALSH: American Review of Tub. Vol. XIV. 1926.

2) SIMON u. REDEKER: Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose. Leipzig 1926.

3) LOESCHKE: Verhandlungen Tagung Wildbad 1928, blz. 221.

hoop ik met onderstaande voorbeelden te kunnen aantonen. Hoewel aan de röntgenfoto's niet dezelfde bewijskracht als aan de anatomische praeparaten toekomt, is o.i. in deze kwestie toch weinig plaats voor twijfel over.

Geval 13383. Meisje, 6 jaar.

Eerste onderzoek 23 Februari 1923.

Anamnese: Pat. hoest de laatste weken, geeft niet op. Ze is lusteloos, heeft slechte eetlust. Op twee-jarigen leeftijd heeft zij een tuberculeuse huidaandoening op het linker armpje gehad (polikliniek „Volharding”).

Status praesens: bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

De reactie van v. PIRQUET is sterk positief.

Röntgenologisch onderzoek werd niet verricht.

Pat. werd van April 1923 tot Juni 1924 in „Huis ter Drift” te Doorn opgenomen, knapte daar zeer goed op. Bij haar thuiskomst werd een foto gemaakt.

Foto 775 (Juli 1924). In de rechter top twee ronde scherp begrensde schaduwen, de één ter grootte van een halve cent met dichte, kleine kern, de andere meer ringvormig. De rechter hilusschaduw is wat verbreed.

Bij contrôleonderzoek in September 1929 blijkt patiënt volkomen gezond. Er worden bij fysisch onderzoek geen afwijkingen gevonden.

Samenvatting: Bij een kind van 6 jaar, dat op 2-jarigen leeftijd een tuberculeuse huidinfectie doormaakte, worden 4 jaar later twee haarden in den rechter longtop vastgesteld.

Geval 25181. Jongen, 6 jaar.

Eerste onderzoek 8 Augustus 1927.

Anamnese: Pat. is begin Juni ziek geworden, heeft koorts gekregen, hoestte, gaf niet op. Hij heeft zes weken te bed gelegen. Nu hoest hij niet meer. Hij eet slecht, is aanzienlijk vermagerd.

Status praesens: bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

De reactie van v. PIRQUET is zeer sterk positief.

Foto 3308. Rechts boven naast de trachia is een schaduw te zien, die naar lateraal vrij scherp begrensd is en zich tot het mediale deel van top uitbreidt. De rechter hilus is verbreed.

Het is niet zeker uit te maken, of er een infiltraat in de rechterbovenkwab bestaat of dat alleen de paratracheale klieren ontstoken zijn.

Pat. werd verpleegd in „Huis ter Drift” te Doorn. Knapte zeer goed op.

In November 1928, na zijn thuiskomst, werden bij fysisch onderzoek geen afwijkingen gevonden.

Foto 4745. In rechter top eenige schaduwen, die door streepschaduwen met den rechter hilus verbonden zijn.

Samenvatting: Bij een kind van 6 jaar, dat een tuberculeuse aandoening doormaakte, leert vergelijking van de foto's van vóór en van na de

sanatoriumkuur, dat als rest van de long- of kliertuberculose slechts geringe topafwijkingen overgebleven zijn.

Geval 26487. Jongen van 17 maanden.

Eerste onderzoek 31 Januari 1928.

Anamnese: Pat. wordt uit voorzorg onderzocht, daar de moeder open tuberculose heeft. Het kind heeft geen verschijnselen van ziekzijn.

Status praesens: Bij percussie en auscultatie worden geen afwijkingen gevonden.

De reactie van v. PIRQUET is positief.

Foto 3760. Geheele linker bovenkwab wordt ingenomen door een intensieve schaduw, die naar onderen toe scherp begrensd is. In de rechter bovenkwab een kleine schaduw.

Pat. wordt bij grootmoeder verpleegd en geneest zeer voorspoedig.

In Juni 1929 maakt pat. den indruk eengezond kind te zijn. Er worden geen afwijkingen gevonden bij fysisch onderzoek.

Foto 5528. In linker longtop mediaal enkele vlekkege schaduwen. Overigens geen afwijkingen.

Samenvatting: Bij een kind van 17 maanden blijken op de röntgenfoto uitgebreide tuberculeuse afwijkingen te bestaan, die anderhalf jaar later volkomen genezen blijken op enkele kleine tophaarden na.

Geval 27205. Jongen, 14 jaar.

Eerste onderzoek 17 April 1928.

Anamnese: Pat. heeft zijn heele leven bij tusschenpoozen gehoest.

Nu hoest hij de laatste weken weer erg. Vijf jaar geleden heeft hij een rustkuur van 4 maanden gedaan.

Status praesens: Bij percussie geen afwijkingen, bij auscultatie beiderzijds piepende en fluitende rhonchi.

Sputum: negatief.

Reactie van v. PIRQUET: sterk positief.

Foto 4022. Links op de 7e rib, direct naast de hartschaduw een kleine, helderwitte vlek, waarschijnlijk een verkalkte hilusklier. In den rechter top een paar kleine, weinig intensieve vlekjes.

Bij contrôleonderzoek in Augustus 1929 blijkt patiënt gezond.

Samenvatting: Bij een jongen van 14 jaar worden op de foto rechtszijdige tophaarden ontdekt, die waarschijnlijk in verband met een verkalkte hilusklier, als rest van een vroegere tuberculeuse aandoening beschouwd moeten worden.

Geval 30808. Jongen, 12 jaar.

Eerste onderzoek 4 Juni 1929.

Anamnese: Pat. komt voor onderzoek, daar hij wat hoest. Hij geeft niets op. Van 7e tot 10e jaar heeft hij voor een tuberculeuse knieontsteking in het Katholieke ziekenhuis alhier gelegen.

Status praesens: percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Reactie van v. PIRQUET: positief.

Rechterknie is weinig beweeglijk. Atrophie van spieren van rechter boven- en onderbeen.

Foto 5549. In linker top enkele vlekkelijke schaduwen, verder geen afwijkingen.

Bij contrôlebezoek in Augustus 1929 heeft pat. geen klachten meer.

Samenvatting: Bij 12-jarigen jongen, die vroeger een gonitis tuberculosa heeft gehad, vertoont de foto haardjes in den linker longtop.

In bovenstaande gevallen is het aan weinig twijfel onderhevig, dat de topafwijking, die door röntgenologisch onderzoek werd aangetoond, als blijvende rest van een uitgebreidere tuberculeuse afwijking uit de jeugd moet worden beschouwd.

Summa summarum kunnen we het dus als bewezen beschouwen, dat de topafwijkingen op twee manieren kunnen ontstaan, als rest van een uitgebreide tuberculose bij volwassenen, of als rest van de jeugdinfectie. In beide gevallen blijkt dus dat, om voorshands onverklaarde redenen, in den longtop het ziekteproces het moeilijkst tot genezing komt en daar tot vorming van litteekens aanleiding geeft. O.i. is het niet gewenscht om te trachten deze onderscheiding nog te gaan vervolmaken, zooals REDEKER dat doet, door zeven categorieën van topafwijkingen te onderscheiden, daar we onvermijdelijk gedwongen worden een dergelijke onderscheiding te bouwen op het drijfzand der hypothese.

REDEKER onderscheidt namelijk de volgende topafwijkingen:

- 1° de in den top gelegen geïndureerde primaire haard.
- 2° enkelvoudige topmetastase (SIMON).
- 3° groepvormige topmetastase (SIMON).
- 4° induratievelden in den top na primaire of secundaire infiltraten.
- 5° pleuraverdikking in den top, die gewoonlijk met eenige atelectase gepaard gaat.
- 6° de topafwijking als overblijfsel van het vroeginfiltraat.
- 7° het in den top gelocaliseerde vroeginfiltraat.

Theoretisch kan men zich zeer goed voorstellen dat deze verschillende vormen zullen voorkomen, voor een klinische indeeling, die hiermede bedoeld wordt, blijft het o.i. een groot bezwaar, dat men in de meeste gevallen niet zal kunnen uitmaken van welken oorsprong de afwijking is.

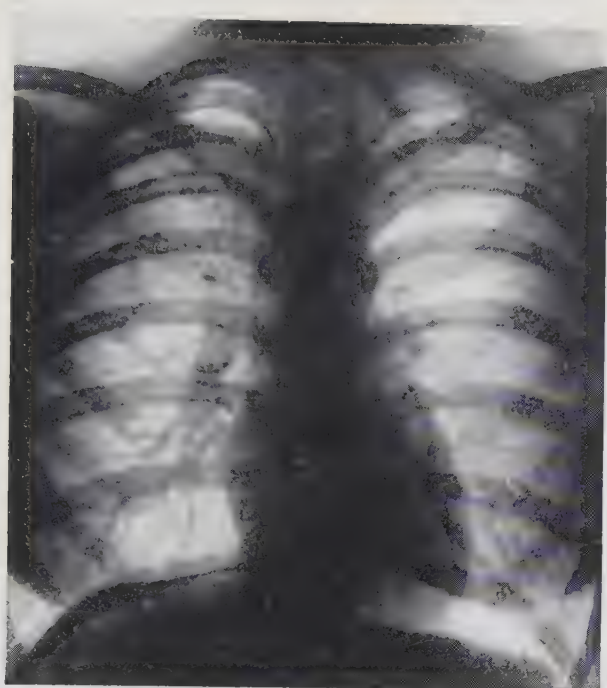
Zoo lijkt het ons ondoenlijk om van een geïsoleerde topgaard



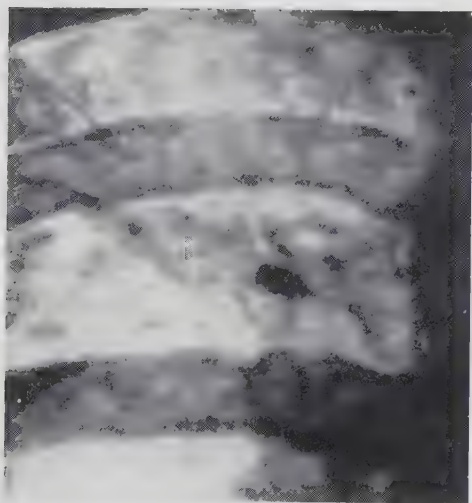
IX



X



XI



XII

uit te maken of hij als overblijfsel van den primairen haard, moet worden beschouwd, of als een metastase daarvan.

De onderscheiding pleuraverdikking en induratieveld zal eveneens onoverkomelijke moeilijkheden kunnen geven. We geven er de voorkeur aan klinisch (d. i. voorloopig röntgenologisch) alleen te onderscheiden: topafwijkingen uit de eerste infectieperiode, en uit de reïnfectieperiode. Tot de laatste groep behoren dan ook de, naar men aanneemt zeer zeldzame, vroeg-infiltraten in den top, die men uit de klinische verschijnselen vermoeden, doch niet zeker vaststellen kan.

In hoeverre er prognostisch een verschil tusschen de beide soorten van tophaarden moet worden aangenomen, laat zich aan ons materiaal niet uitmaken. Het ligt echter voor de hand om te veronderstellen, dat de versche toplotteekens van de longtuberculose der volwassenen een grooter gevaar voor reactivering zullen opleveren, dan de litteekens afkomstig van een jeugdinfectie die reeds zoovele jaren in rust heeft verkeerd.

HOOFDSTUK VI

Nadat de uitkomsten van ons onderzoek tot hiertoe steun hebben gegeven voor de nieuwere opvatting, dat de topafwijking als gevolgstadium van de longtuberculose beschouwd moet worden, willen we nu trachten over het beginstadium meer positieve inzichten deelachtig te worden.

Daartoe hebben we uit onze ziektegeschiedenissen alle gevallen bij elkaar gezocht, die, naar de klinische gegevens te oordeelen, als beginnende longtuberculose van volwassenen mochten worden beschouwd, d. w. z. die gevallen, waarvan de anamnese klachten vermeldde, die hoogstens enkele maanden bestonden en de gevonden afwijkingen niet zoodanig waren, dat ze, op het oogenblik waarop wij het onderzoek instelden, een beginstadium deden uitsluiten.

Hierbij hebben we ons geenszins laten leiden door de uitgebreidheid, doch alleen door den aard der afwijking, in zooverre, dat we bij het waarnemen van cirrhotische veranderingen of van verkalking, een langeren duur der ziekte hebben aangenomen, dan uit de subjectieve klachten te vermoeden was, terwijl wij de twijfelachtige gevallen eveneens terzijde hebben gesteld.

Deze aldus verkregen selectie bevatte 382 ziektegeschiedenissen en betreft die gevallen van beginnende longtuberculose bij volwassenen, die van 6 October 1923 tot Januari 1929 op het consultatiebureau werden vastgesteld.

In de eerste plaats hebben we deze 382 ziektegeschiedenissen aan een statistische bewerking onderworpen, waarvan het resultaat op nevenstaande tabel is aangegeven.

Vervolgens hebben wij onderzocht in hoeveel van onze gevallen we met zekerheid een zoogenaamde „haard van ASSMANN” of naar de nomenclatuur van REDEKER een „beginnend vroeginfiltraat” konden vinden, waarbij wij ons streng hielden aan de definitie, die wij aan REDEKER ontleenden, n.l. een intrapulmonaal gelegen pneumonisch ontstekingsinfiltraat, dat

Totaal 382 gevallen beginnende longtuber-	} 178 mannen
culose	

Acuut begin	{	koortsig begin (als griep enz.)	202 gevallen = 53%
		eenige weken licht onwelzijn	
		initiale haemoptoë's	
		zonder verdere ziekteverschijnselen	

Chronisch begin 180 gevallen = 47%

Positief sputum bij eerste onderzoek . . . 222 gevallen

De patiënt geeft niet op bij eerste onderzoek 98 „

Negatief sputum bij eerste onderzoek . . . 62 „

Haemoptoe's in het beginstadium der ziekte bij acute gevallen (hieronder ook initiale haemoptoe's zonder verdere ziekteverschijnselen) 91 „

Haemoptoë's, die patiënten tot onderzoek
brachten bij gevallen waar reeds maanden
lichte klachten bleken te bestaan . . . 33 „

Pleuritis in de anamnese.	30	„
-----------------------------------	----	---

De longtuberculose direct in aansluiting aan pleuritis 7 „

Dubbelzijdige afwijking op de foto 138 „

Enkelzijdige afwijking op de foto 244 „

niet, — als de zoogenaamde sekundär-infiltrierung —, als opvlamming om een ouden, reeds bestaanden haard beschouwd kan worden, en zich röntgenologisch manifesteert in een onge-differentieerde, diffuse, kers- tot pruimgroote, niet zeer intensieve schaduw, met duidelijke, maar niet zeer scherpe begrenzing.

Deze definitie modificeerden we in zooverre, dat we er, in-tegenstelling met REDEKER, niet in vastlegden, dat het infiltraat goeddeels op perifocale ontsteking moet berusten, iets wat REDEKER toch ook evenmin als wij aan de schaduw zien kan.

We kwamen nu tot het eenigszins ontstellende resultaat, dat van onze 382 gevallen van beginnende longtuberculose slechts in 6 gevallen een beginnend vroeginfiltraat, dat aan alle eischen der definitie voldeed, gevonden werd.

Wij laten twee gevallen van deze zoogenaamde haarden van ASSMANN, als voorbeeld hier volgen, met opzet ze zoo kiezende, dat het verschillende beloop, dat deze infiltraten kunnen hebben, er tevens door wordt gedemonstreerd. Het eerste geval, dat hier vermeld wordt, stamt niet uit onze verzameling, doch uit de particuliere praktijk. Daar het echter een fraai en leerzaam geval is, hebben we het hier ingevoegd.

Geval 333.

♀ 27 jaar.

Eerste onderzoek 21 Juli 1928.

Anamnese: Pat. is altijd zwak geweest, heeft meermalen rustkuren gedaan. Er is bij haar echter nooit een bepaalde ziekte gevonden, hoewel ze door meerdere zeer goede internisten werd onderzocht. In Maart 1927 heeft ze 10 dagen voor observatie in een kliniek gelegen, werd toen nauwkeurig onderzocht en waargenomen. Er zijn toen echter geen afwijkingen gevonden. De temperatuur schommelde tusschen 37° en 37°5.

Bloedonderzoek leerde het volgende:

Roode bloedlich. 3.900.000. Haemoglobine: 79%. Witte bloedlich. 11.400.

Staafkernige neutroph. 6%, segmentk. 57 $\frac{1}{4}$ %, eosinoph. 5 $\frac{1}{2}$ %, mestcellen $\frac{1}{2}$ %, monocyt. 5 $\frac{1}{4}$ %, lymphocyten 25%.

Nadat nog een röntgenfoto van de thorax was gemaakt, zonder dat hiermede nieuwe gezichtspunten werden verkregen, werd de diagnose gesteld op klachten van psychogenen aard.

Nu, in Juli 1928, hoest pat. sinds eenige maanden en heeft temperatuursverhooging tot 38°. Ze geeft zeer weinig sputum op.

Bij onderzoek wordt rechts boven voor en achter een verkorte percussietoon gevonden, terwijl bij auscultatie niet constant rechts achterboven eenige rhonchi te hooren zijn.

Sputumonderzoek: positief.

Foto Juli 1928. (zie afb. VI.) Uitgebreide vlekkelijke schaduwen in rechter bovenveld. Onder rechter sleutelbeen een guldengroote, niet geheel ronde opheldering, waarschijnlijk een caverne. Overigens zijn de longvelden en longtoppen helder.

De foto van Maart '27, (zie afb. V) (met toestemming van den röntgenoloog gereproduceerd) werd nu ter inzage gevraagd en hierop zien we nu onmiskenbaar rechts infraclaviculair een beginnend vroeginfiltraat, dat aanvankelijk aan de aandacht ontsnapt was.

Pat. werd tot September '28 in een ziekenhuis verpleegd en daarna in een sanatorium opgenomen. Een foto van December '29 geeft ons een blik in het verdere verloop. De schaduwen rechts boven zijn nu grootendeels opgehelderd, maar rechts onder is een dochterinfiltraat tot ontwikkeling gekomen.

Geval 19618.

♀ 28 jaar.

Eerste onderzoek 8 October 1925.

Anamnese: Pat. heeft geen klachten, gaat geregeld uit werken. Ze komt uit voorzorg, daar haar zuster ernstige longtuberculose heeft. (Deze zuster overlijdt in Januari 1926).

Bij onderzoek worden geen afwijkingen gevonden.

22 December '25 komt ze weer ter contrôle. Ze heeft ook nu geen klachten. Hoest niet, geeft niet op, eet goed.

Bij onderzoek wordt nu in den linker longtop piepen en brommen waargenomen.

Foto 1037, (zie afb. VII.) Links lateraal onder het sleutelbeen een niet zeer scherp begrensde, ruim guldengroote vlek. Bij beide hili meerdere verkalkte plekjes. Pat. wil thuis blijven, blijft zelfs aan het werk. In Februari 1926 gaat ze wat opgeven.

Sputum is positief. Ze houdt in Februari 3 weken bedrust daarna doet ze weer licht huiswerk.

In April '26 hoest ze niet meer, geeft niets meer op.

In Mei '28 deelt ze mede steeds gezond geweest te zijn.

Bij percussie en auscultatie worden in de longen geen afwijkingen gevonden.

Foto 4127, (zie afb. VIII), vertoont geenerlei afwijking, behalve de kalkhaarden bij beide hili.

Samenvattend, beschreven we dus twee beginnende vroeginfiltraten, die in het verdere beloop zeer verschilden, daar het ééne geval met een minimum van therapeutische maatregelen door resorptie tot een restitutio ad integrum lijkt gekomen te zijn, terwijl het andere door verweking, holtevorming, aspiratieuitzaaiing en dochterinfiltraatvorming tot chronische longtuberculose leidde.

Naast deze weinige typische, kleine vroeginfiltraten hebben

wij vele gevallen aangetroffen, die o. i. van denzelfden aard moeten zijn, doch uitgebreidere afwijkingen te zien geven. Volgens de opvatting van REDEKER zouden we hier dan een verder stadium van een „beginnend vroeginfiltraat” in moeten zien. We zouden dan moeten aannemen, dat de klachten, die het vroeginfiltraat aanvankelijk geeft, zoo gering zijn, dat de patiënt er slechts zelden medische hulp voor zal inroepen, en dat pas in een later stadium, wanneer de ziekte reeds verdere uitbreiding heeft verkregen, de subjectieve ziekteverschijnselen tot uiting komen. Voor vele gevallen moeten we deze hypothese inderdaad aanvaarden. Van verschillende zijden zijn er serie's van röntgenfoto's gepubliceerd, die duidelijk aantoonen, dat het vroeginfiltraat aan het begin kan staan van de geheele ontwikkelingsgang van de longtuberculose. Bovenvermeld geval (333) is er een voorbeeld van.

In haar algemeenheid achten wij deze opvatting echter niet juist, maar meenen, dat de ziekte reeds dadelijk een groote uitbreiding gekregen kan hebben. Immers ook die gevallen, waarbij een geheele longkwab door een tuberculeus-pneumonisch proces wordt ingenomen, — in de praktijk is het meestal een rechter bovenkwabsaandoening, de lobite supérieure droite, zooals LÉON BERNARD haar noemde —, kunnen we niet principieel scheiden, en niets wijst er op, dat deze lobitis allengs door uitbreiding van een kleineren haard, ontstaan is.

Wij zullen, van het aantal vroeginfiltraten, dat wij aangetroffen, geen cijfers geven, daar ons zulks niet goed mogelijk bleek. Aangezien men, zooals we hieronder nog zullen zien, in vele, wellicht zelfs in het meerendeel der gevallen, niet volstrekt zeker is, al of niet met een vroeginfiltraat te maken te hebben, en de overgangen tot deze dubieuze gevallen vloeiende zijn, zouden objectieve cijfers toch slechts een subjectieve selectie maskeeren.

Nog twee voorbeelden willen wij hier laten volgen van gevallen, die ons als bijzondere typen van vroeginfiltraten voorkomen en die in de praktijk herhaaldelijk worden waargenomen, n.l. een geval van lobitis en een geval van een periscissurite, d. w. z. een vroeginfiltraat aan de grens van den kwab.

Geval 24462.

♀ 27 jaar.

Eerste onderzoek 6 Mei 1927.

Anamnese: In de familie komt geen tuberculose voor. Haar man en twee dochttertjes zijn gezond. Ze is nooit sterk geweest, was moe, had veel rug- en hoofdpijn, maar kon haar huishouding waarnemen. Nu voelt ze zich nog slapper dan tevoren. Ze hoest sedert vier weken en geeft wat slijm op. De laatste 4 dagen heeft ze te bed gelegen. De temperatuur is niet boven 37°. (3 dagen 3 maal daags rectaal opgenomen).

Status praesens: Bij percussie wordt rechts boven, voor en achter een damping gevonden, bij auscultatie rechts-boven verspreide kleinblazige rhonchi en bronchiaal exspirium.

Sputum: positief.

Foto 3081, (zie afb. IX). Intensieve beschaduwing van het geheele rechter bovenveld, naar onderen toe scherp begrensd: pneumonisch infiltraat van rechter bovenkwab.

Pat. wordt van Juni '27 tot Januari '28 in 't sanatorium Beekbergen verpleegd. Ze wordt in goeden toestand ontslagen. Ze hoest nog wel, en geeft nog wat op, maar in het sputum zijn geen tuberkelbacillen meer te vinden. Rechts boven blijft een damping met zacht bronchiaal ademen bestaan en bij doorlichten is daar nog steeds een massieve beschaduwing te zien. Ze gaat haar huishouding weer waarnemen, maakt in 1928 zonder bezwaren een graviditeit door. In December 1929 is ze geheel valide, de afwijkingen zijn nagenoeg stationnair.

Geval 20102.

♀ 21 jaar.

Eerste onderzoek 10 December 1925.

Anamnese: Pat. komt uit voorzorg, daar haar zuster tuberculose heeft. Ze hoest niet, geeft zelden iets op. Ze is nooit ziek geweest.

Bij fysisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden, bij doorlichten evenmin.

In December 1926 komt pat. weer, nu met de mededeeling, dat ze drie weken geleden griep gekregen heeft en sindsdien wat hoest en slijm opgeeft.

Bij percussie worden geen afwijkingen gevonden, bij auscultatie zijn rechts voor piepende en kleinblazige rhonchi te hooren.

Sputum: positief.

Foto 2645, (zie afb. X). Rechts midden, lateraal, op de grens van boven- en middenkwab een intensieve schaduw van ongeveer 3 vingerbreedte.

Pat. wordt in het sanatorium Beekbergen opgenomen, knapt daar goed op. Ze wordt weer valide en van de longafwijking is in December 1929 bij fysisch onderzoek niets meer te vinden en bij röntgenologisch onderzoek, foto 4707 (Oct. '28), een streepschaduw, blijkbaar een interlobaire Schwarte, rechts midden.

Tenslotte willen wij hier nog een geval inlasschen dat zeldzaam is en daarom verdient geboekstaafd te worden. Het betreft een typisch, klein, infraclaviculair vroeginfiltraat bij een

kind van 8 jaar. Over het algemeen vinden we bij kinderen, en zeker op den leeftijd van 8 jaar, deze afwijking zelden.

De gewone vorm van kindertuberculose, de zoogenaamde primaire infectie, hebben we boven reeds beschreven. De daarbij optredende longafwijkingen mogen we niet als vroeginfiltraat bestempelen, daar men gewoon is slechts dan van een vroeginfiltraat te spreken als het individu waarbij het optreedt, allergisch reageert, d. w. z. een primaire infectie reeds heeft doorstaan, en de praktijk leert dat er gewoonlijk tusschen de eerste en de volgende infectie minstens een tiental jaren verloopt.

SIMON, die over een groote ervaring op het gebied der kindertuberculose beschikt, heeft echter twee ¹⁾ gevallen beschreven van een vroeginfiltraat bij kinderen van 10 jaar, en hij spreekt de verwachting uit, dat men ook op nog jongeren leeftijd wel gevallen zal vinden.

Ons geval is voorzoover wij weten het eerste dat bewijst dat deze voorspelling juist was.

Geval 33058.

♀ 8 jaar.

Eerste onderzoek 21 Februari 1930.

Anamnese: In de familie komt zeer veel tuberculose voor. De moeder heeft verkalkte toptuberculose beiderzijds, in Januari 1930 is een zusje aan buiktuberculose overleden. Pat. is gezond geweest tot 16 Januari 1930, toen kreeg ze koorts, had longafwijkingen. Ze heeft 3 weken te bed gelegen. Nu hoest ze meer, ze geeft niet op. Eetlust is goed.

Status praesens: Mager kind, normale bouw, thorax symmetrisch gebouwd en bewogen. Kleine kliertjes aan onderkaak, percussie en auscultatie geen afwijkingen.

Reactie van v. PIRQUET: positief.

Foto 6638, In r. hilus twee hazelnootgrootte kalkhaarden. Links infraclaviculair een centgrootte, tamelijk scherp begrensde matig intensieve haard in het longweefsel.

Samenvatting: Bij een kind van 8 jaar, waar de primaire infectie haar onmiskenbare sporen heeft achtergelaten in twee groote verkalkte hilus klieren, wordt een klein infraclaviculair vroeginfiltraat gevonden.

Het zou ons niet moeilijk vallen nog vele gevallen van pneumonische processen te beschrijven, die doen zien, dat een oneindig aantal variatie's van localisatie en uitbreiding mogelijk

1) SIMON: Die offene Lungentuberkulose des Schulalters. Leipzig 1928.
Idem: BRAUERS Beiträge. Bd. 67, H. 1/4.

is, dat ze zeer vaak infraclaviculair gezeteld zijn, minder vaak in de onderkwab, perihilaire of in den top; maar daarbij zouden wij er toch wel voor willen waken, om het voorbeeld van meerdere moderne phthisiologen te volgen en elke uitgebreidere versche longtuberculose met de benaming vroeginfiltreat te bestempelen, zonder ons verder te bekommeren om de typische eigenschappen, die een röntgenbeeld hebben moet, om als schaduw van een pneumonisch proces beschouwd te kunnen worden. Immers op deze wijze stapt men naar onze meening te lichtvaardig over deze zaak heen, geraakt weer bevangen in een dogma, terwijl men zich juist gelukkig achtte een ander dogma overwonnen te hebben. Ook als men meent, dat het mogelijk is alle beelden, die de longtuberculose in haar verschillende fasen kan vertoonen, van het vroeginfiltreat af te leiden, is het verwerpelijk en niet van kritischen zin getuigend, deze mogelijkheid als de eenige te beschouwen. Beter doet men ook naar andere oplossingen uit te zien, om daarna te overleggen, welke dezer oplossingen den toets der kritiek het best doorstaan kan. Hiermede doelen wij op een opvatting, die sinds kort in Frankrijk tot uiting komt, en die ons daarom reeds met belangstelling moet vervullen, daar immers in Frankrijk het voorkomen van het vroeginfiltreat, zooals we boven uiteenzetten, reeds lang werd ingezien, voordat de waarnemingen in andere landen hieromtrent werden gepubliceerd.

LÉON BERNARD, LELONG en Mlle RENARD ¹⁾ zijn de laatste jaren tot de overtuiging gekomen, dat in de meeste gevallen de longtuberculose haar oorsprong neemt van den hilus uit. BERNARD wijst er in dit verband ook op, hoe in gevallen van longtuberculose, waar eerst één long is aangetast en later de tweede long eveneens afwijkingen gaat vertoonen, deze afwijkingen zeer vaak perihilaire beginnen en allengs verder in het longweefsel voortschrijden.

SERGENT ²⁾ sluit zich hierbij aan, maar brengt tevens geheel nieuwe gezichtspunten naar voren, door den nadruk te leggen op het veelvuldig voorkomen op de foto van een eigenaardige honigraatachtige teekening in de omgeving van den hilus,

1) LÉON BERNARD, LELONG et Mlle RENARD: La localisation périhilaire de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Annales de Méd. 1927. Mlle RENARD: Thèse. Paris 1928.

2) EMILE SERGENT: La périlobulite tuberculeuse. La Presse Médicale 1929. No. 41 en no. 43.

bij beginnende tuberculosegevallen. Hij noemt dit beeld waarvan hij meerdere reproducties bijvoegde „perilobulite”, en neemt ook aan, dat de hilusklieren het uitgangspunt vormen van deze perilobulaire ontsteking, die langs de lymphbanen in het longweefsel voortschrijdt.

Het proefschrift van SERGENT's leerling IMBERT¹⁾ is geheel aan dit onderwerp gewijd.

Deze opvatting verdient zeker nauwkeurig op haar waarde onderzocht te worden. Is zij juist, dan zal zij van het hoogste belang blijken voor de toekomst van de phthisiologie. Immers we zouden in deze gevallen weer te doen hebben met een interstitieele, aanvankelijk gesloten, sluipend optredende, tuberculose, die naast het vroeginfiltraat, dat acuut begint, en meestal direct positief sputum geeft, een eigen plaats zou innemen.

Ter verduidelijking beelden wij één onzer gevallen af, waar het silhouet dezer perilobulitis sterk in het oog valt.

De ziektegeschiedenis van dit geval is, kort samengevat, als volgt:

G e v a l 27272.

♀ 17 jaar.

Eerste onderzoek 26 April 1928.

Anamnese: De ouders van pat. zijn gezond, 3 zusters en 1 broer evenzoo, terwijl 1 zuster waarschijnlijk tuberculose heeft.

Pat. is nooit ernstig ziek geweest. Sinds een half jaar hoest ze wat, ze geeft den laatsten tijd ook wat op. Ze is gauw moe, heeft slechten eetlust. Ze heeft haar werk als dienstbode tot nu toe geregeld, zonder groote bezwaren verricht.

Status praesens: Mager meisje. Lengte 1.64 M. Gew. 54 K.G. Thorax normaal gebouwd en bewogen. Geen klierzwellingen, geen litteekens. Bij percussie geen afwijkingen, bij auscultatie rechts achter tusschen scapula en wervelkolom eenige kleinblazige rhonchi.

Sputum: positief.

Foto 4039, (zie afb. XI en XII). In r. bovenveld talrijke kleine vlekjes. Overigens zijn de longvelden helder.

Beloop: Pat. werd 13 Juni '28 in het sanatorium Sonnevand opgenomen, alwaar ze nu nog vertoeft. De toestand is aanvankelijk wel verbeterd. Ze hoestte niet meer, gaf niet meer op. Ze wandelde 1½ uur per dag buiten. De laatste maanden heeft ze echter weer subfebriele temperaturen gekregen en is ook weer wat sputum gaan opgeven, dat eenige malen positief bleek. De prognose blijft dus dubieus.

1) J. IMBERT: La périlobulite et le retour à la notion de la tuberculose pulmonaire interstitielle. Thèse, Paris 1930.

Wanneer we de foto van dit meisje nu nauwkeurig bestudeeren, valt in het rechter bovenveld, tusschen hilus en clavicula, een beeld op, dat opgebouwd is uit menigvuldige, zeer kleine ringvormige schaduwen, met een centrale opheldering. Volgens SERGENT moeten we deze teekening nu opvatten als een ontsteking om de lobuli, een interpretatie die ons wel zeer aannemelijk lijkt. Trouwens reeds vroeger heeft JAQUEROD¹⁾ dezelfde verklaring voor dit phaenomeen gegeven, hetgeen SERGENT blijkbaar ontgaan is. JAQUEROD heeft er echter geen nadere beschouwingen aan vast geknoopt ten opzichte van het begin der longtuberculose, maar heeft gemeend, dat er een centrale verweeking, met behoud van het verdikte perilobulaire netwerk aan ten grondslag lag.

Bij een geval als het bovenvermelde neemt SERGENT nu aan, dat deze perilobulitis het begin van de longtuberculose is en dat de hilusklieren als de legerplaats beschouwd moeten worden, van waaruit de invasie in het longweefsel, langs de lymphbanen, plaats vindt.

Nog twee gevallen, die op deze wijze geïnterpreteerd zouden kunnen worden, laten wij hier als voorbeeld volgen:

Geval P. 659.

♂ 44 jaar.

Eerste onderzoek 24 Juni 1930.

Anamnese: Pat., die een betrekking in Indië bekleedt, is sinds een half jaar met verlof in Europa. In Indië heeft hij ernstige malaria gehad. In 1910 kreeg hij een luetsche infectie, waarvoor hij van tijd tot tijd gecontroleerd en behandeld wordt. De laatste zes maanden heeft hij telkens asthmatische benauwdheden. Hij hoest wat, geeft wat slijm op, nooit bloed.

Status praesens: Goede algemeene toestand. Lengte 1.69 M. Gew. 62.4 K.G. Thorax normaal gebouwd.

Bij percussie geen afwijkingen, bij auscultatie links naast het sternum eenige crepiterende rhonchi.

Sputum: positief. Reactie van v. WASSERMANN: negatief.

Foto 114. (zie afb. XIII en XIV). Over beide bovenvelden een intensieve netvormige streepteekening, die vele kleine, ronde ophelderingen omsluit.

Beloop: Pat. is in een buitenlandsch sanatorium opgenomen. Nadere berichten zijn nog niet bekend.

De teekening op deze foto maakt den indruk op een oudere

¹⁾ JAQUEROD: La lobulite tuberculeuse, lésion primaire. Annales de Médecine 1926. Tome XIX.

ontsteking, met meer bindweefselvorming, te berusten dan foto 4039 van het vorige geval. Niettemin zijn er vele teekenen van overeenkomst. Foto 114 is als overgang op te vatten naar de bindweefselteekening, die door BEZANÇON en BRAUN ¹⁾ als „tramite” is aangeduid.

Geval 23318.

♂ 15 jaar, scholier.

Eerste onderzoek 27 Dec. 1926.

Anamnese: Een broer heeft tuberculose gehad. Verder in de familie geen bijzonders.

Pat. is vroeger nooit ziek geweest. Hij hoest sinds 3 maanden, geeft niet op. Heeft wat nachtzweet. Verder geen klachten.

Status praesens: Bleeke jongen. Lengte 1.72 M. Gew. 62 K.G.

Thorax normaal. Geen klierzwellingen, geen litteekens.

Bij percussie wordt l. top voor wat korter gevonden, bij auscultatie daar wat crepiteren gehoord.

Foto 2685. De rechter hilus is wat verbreed, door streperige uitloopers, die hier en daar het beeld van perilobulitis vertoonen.

Bezinkingssnelheid der roode bloedcellen: (Westergreen) na 1 uur 5, na 2 uur 7 mM. Temperatuur normaal (3 dagen 4 maal daags opgenomen).

Beloop: De toestand is bij heronderzoek in Maart '27 volkomen goed. Pat. hoest niet, geeft niet op. Links supraclaviculair wordt verscherpt ademen gehoord, verder geen afwijkingen bij fysisch onderzoek. In Juli '29 komt pat. weer terug. Hij hoest weer, geeft niet op. Voelt zich overigens goed. Bij percussie wordt rechts-voor verkorte toon gevonden, bij auscultatie rechts-voor verlengd expirium, en rechts intrascapulaire enkele kleinblazige klinkende rhonchi.

Op foto 5858 (Juli '29) wordt nu in de rechter bovenkwab een handpalmgrootte, intensieve schaduw gevonden, met kleinere schaduwen er om heen. Ook in linker bovenveld eenige kleine vlekken. De temp. blijkt verhoogd tot 38°4.

De bezinkingssnelheid is nu na 1 uur 44 mM., na 2 uur 79 mM. Hij wordt opgenomen in het sanatorium Lighallen. Het sputum, dat hij daar opgaf, is positief. Rechts-midden ontstaat een sinaasappelgrootte caverne. De toestand gaat geleidelijk achteruit.

Hoe staan we nu tegenover deze nieuwste Fransche opvattingen? Ze a priori voor onjuist verklaren kan men zeker niet. Met zekerheid bewezen zijn ze evenmin. Immers het blijft mogelijk, dat de oorspronkelijke opvatting van JAQUEROD de juiste was, en dat we hier slechts te maken hebben met een deels geresorbeerd of verweekt infiltraat, al is het dan ook zeker

1) F. BEZANÇON et P. BRAUN: „Le stade anatomo-clinique précurseur de la phthisie chronique de l'adulte”. (La Presse Méd. 31 Dec. 1927).

niet de gewone wijze, waarop een vroeginfiltraat zich pleegt te ontwikkelen.

SERGEANT en KOURILSKY ¹⁾ hebben onlangs deze theorie aanmerkelijk sterker gefundeerd door een zeer merkwaardig geval te publiceeren, dat we in het kort hier laten volgen. Het betrof een jongen man van 21 jaar, die sinds zijn kinderjaren aan asthma leed, en daarvoor zonder succes velerlei badkuren en andere behandelingsmethoden had ondergaan. Hij werd herhaaldelijk door verschillende medici onderzocht, er werden in den loop der jaren meerdere thoraxfoto's van hem gemaakt, doch een longafwijking werd nooit gevonden. SERGEANT onderzocht dezen patiënt het eerst in November 1927. Hij had toen juist een periode van zware asthmaaanvallen achter zich en voelde zich verzwakt. Hij hoestte en gaf wat op.

Bij physisch onderzoek werden beiderzijds piepende rhonchi en een verlengd expirium gevonden. Bij mikroskopisch onderzoek werden bij herhaling, ook met antiformine, geen tuberkelbacillen in het sputum gevonden. Op de röntgenfoto werd in de omgeving van den linkerhilus wat vermeerderde teekening aangetroffen en op eenige plaatsen werd het silhouet van wat SERGEANT later perilobulitis zou noemen, gezien. Deze foto gaf echter volgens de toen heerschende opvatting geen steun voor de diagnose tuberculose, evenmin als de klinische gegevens dat deden.

Alleen afgaande op den algemeenen indruk gaf SERGEANT niettemin in dit geval een kuur in een tuberculose-sanatorium in overweging. Eenige dagen later kreeg de patiënt, op reis naar het sanatorium, een haemoptoë in den trein. De foto na de haemoptoë vertoont nu een typisch vroeginfiltraat onder de linker clavicula. Het geval wordt nog merkwaardiger door het feit, dat SERGEANT, zich bezighoudende met studiën over het filtreerbare tuberculosevirus vóór het vertrek van den patiënt, het sputum na filtratie door kaarsen, bij caviae had ingespoten, die 25 tot 28 dagen later stierven, en bij autopsie een algemeene kliertuberculose hadden, zonder reactie op de plaats der insputing, dus een beeld, overeenkomende met het ziektebeeld, dat VAUDREMER bij infectie van caviae door het filtreerbare tuberculosevirus, beschreef. Of men al of niet geloof hecht

1) SERGEANT et KOURILSKY: Asthme, perilobulite et ultra-virus tuberculeux. La Presse Méd. 1930, no. 11.

aan de filtreerbaarheid van het tuberculosevirus, doet hier overigens niet direct ter zake en doet niets af aan het feit, dat we hier twee thoraxfoto's van een patiënt hebben, met korte tusschenruimte genomen, waarvan de eerste het beeld van een z.g. perilobulitis en de tweede, van eenige weken later, behalve deze perilobulitis een vroeginfiltraat in dezelfde long vertoont.

Daar we uit dit ééne geval, hoeveel verlokkelends er ook in zit, niet te zekere conclusies mogen maken, blijft het voorshands het beste af te wachten, tot er gelegenheid is of tot anatomische contrôle, of tot röntgenologische bestudeering van het ontstaan en beloop der perilobulitis-teekening bij meerdere gevallen.

Wanneer we nu onze gevallen nog eens kritisch bezien in het licht der beide opvattingen, van het pneumonisch infiltraat en van de interstitieele perilobulitis, dan kunnen we beginnen met een betrekkelijk kleine groep gevallen af te zonderen, waar we o.i. zeker met een pneumonisch vroeginfiltraat te maken hebben. Daarnaast hebben we eveneens een klein aantal gevallen, waar we geneigd zijn de theorie van SERGENT aan te nemen, en daartusschen ligt de overgrootste meerderheid der gevallen, waarbij beide interpretaties mogelijk zijn. Er is in deze gevallen bijna steeds wel een plekje te vinden, waar we op de foto de op perilobulitis gelijkende teekening terugvinden en anderzijds vindt men op dezelfde foto ook de diffuse schaduwen van het pneumonische proces. We doen wellicht goed hier één dezer gevallen te vermelden en de foto er bij te reproduceeren.

Dit geval zouden we evengoed door tientallen soortgelijke uit onze verzameling kunnen vervangen. Naar onze ervaring is dit het in verreweg de meeste gevallen optredende type van beginnende longtuberculose zooals we het op een consultatiebureau aantreffen. Het feit dat het aantal dergelijke niet met zekerheid te classificeeren gevallen zóó overwegend is, deed ons afzien van een rubrieksgewijze rangschikking.

Geval 20407.

♀ 18 jaar.

Eerste onderzoek 18 Januari 1926.

Anamnese: Ouders van pat. zijn gezond, één zuster in 1921 overleden aan tuberculose op 17-jarigen leeftijd, 2 zusters gezond. Pat. is nooit ziek geweest. Ze hoest nu vijf weken, geeft niet op. Geen nachtzweet. Eetlust goed. Ze voelt zich wat moe. De temperatuur is normaal. Ze heeft tot nu toe steeds als bontwerkster haar werk gedaan.

Status praesens: Percussie: rechts boven voor en achter licht gedempt
Auscultatie: rechts boven voor en achter enkele kleinblazige rhonchi.

Foto 1901, (zie afb. XV). Rechter long in het bovenste deel vrij intensief, naar onderen toe minder dicht door een vlekkelijke teekening ingenomen. Linker long vertoont geen afwijkingen.

Verloop: Pat. komt 24 Maart '26 in het sanatorium „Laghallen“. 22 April wordt voor het eerst positief sputum gevonden. De toestand gaat geleidelijk achteruit. In Juni '26 wordt een pneumothorax aangelegd. Er had zich toen rechts infraclaviculair een caverne ontwikkeld.

In Augustus '27 is pat. overleden.

Door de meeste moderne Duitsche phthisiologen zou dit geval zonder aarzeling worden beschouwd als een klein verweekt vroeginfiltraat (dat men met eenige fantasie in de omgeving van de clavicula, waar eenige grootere vlekjes opvallen, zou kunnen localiseeren), met een aspiratieuitzaaiing door de geheele long. Zeer duidelijk echter zien we naast de verbrede hilusschaduw vele kleine kringfiguren, die ons het beeld van de perilobulitis voor oogen stellen.

Het lijkt ons in een dergelijk geval onjuist, op grond van deze schaduwbeelden, zich vast aan een opvatting omtrent ontstaan en wezen der afwijking te binden. We doen het beste in een dergelijk geval met de twee mogelijkheden rekening te houden, of dat we te doen hebben met een vroeginfiltraat, dat reeds in een volgende phase is gekomen, of dat het een, van den hilus uit, lymphogeen ontstane perilobulitis is, die ook de begin-phase reeds voorbij is.

De bestudeering der anamnese dezer gevallen is ook niet in staat, zooals men wellicht een oogenblik zou vermoeden, hier tot een oplossing bij te dragen.

Waar we steeds weer ervaren gelijk wij boven reeds aanstipten hoe een vroeginfiltraat geheel zonder klachten bestaan kan, en dus bij toeval kan worden gevonden, ligt het voor de hand, dat we hierbij, evenzeer als bij een interstitieele tuberculose, den indruk kunnen krijgen van een sluipend beginnende ziekte.

Wanneer we den stand van het vraagstuk nog eens overzien, komen we dus tot de slotsom, dat wel als zeker kan worden aangenomen, dat de longtuberculose bij volwassenen vaak met een vroeginfiltraat begint. Daarnaast zijn wij geneigd eveneens de mogelijkheid van een andere, langzamer verloopende, interstitieele ontstekingsvorm, de perilobulitis, aan te nemen. Wij zouden aan den pneumonischen vorm een grootere frequentie

willen toeschrijven dan aan de interstieele, doch zijn ons wel bewust hier slechts een indruk mee te deelen, waarvan geen bewijskracht uitgaat.

Deze indruk is gedeeltelijk gebaseerd op het zeer veelvuldige voorkomen in ons materiaal van zoogenaamde vroegcavernen, d. w. z. ronde ophelderingen op de foto, die worden opgevat als te zijn ontstaan uit verweekte vroeginfiltraten.

We namen deze vroegcavernen in ongeveer 40% van onze 382 begingevallen waar. Juiste cijfers zijn ook hier niet te geven, daar in menig geval het bestaan eener caverne dubieus is.

Waar het ontstaan van deze ringschaduwen uit een vroeginfiltraat nu reeds in ontelbare gevallen werd waargenomen (ons geval 333 op blz. 68 geeft eveneens te zien hoe op een latere foto de plaats van het oorspronkelijke vroeginfiltraat door een ronde opheldering wordt ingenomen), zijn we geneigd reeds uit het waarnemen van deze cavernen te besluiten tot het pneumonische begin van het geval. De mogelijkheid blijft echter bestaan, dat in vele gevallen (zooals in het bovenvermelde geval van SERGENT en KOURILSKY), een oorspronkelijk interstieele ontsteking later tot vorming van pneumonische haarden aanleiding geeft, die dan weer tot cavernevorming kunnen leiden.

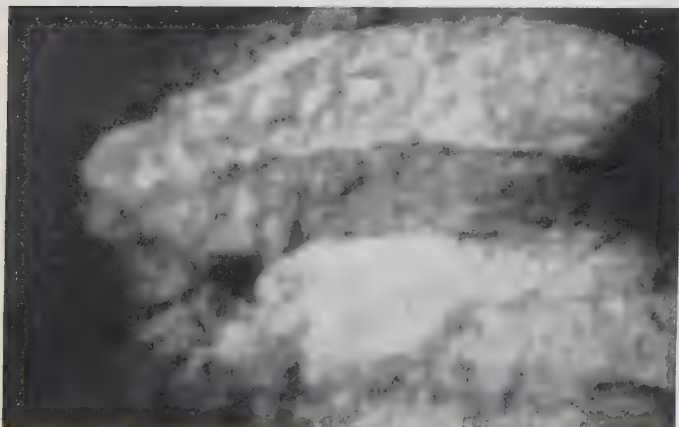
Over de zoogenaamde vroegcavernen zijn de laatste jaren nieuwe denkbeelden ontstaan. Men nam waar, dat deze ringschaduwen van grootte kunnen veranderen en ook weer spoorloos kunnen verdwijnen.

Deze waarnemingen strookten niet met de opvatting, die men zich uit pathologisch-anatomische praeparaten van cavernen in het algemeen gevormd had. Men is tot het inzicht gekomen, dat men deze van ouds bekende cavernen, met starre wanden die uit den aard der zaak van vergevorderde gevallen afkomstig waren, niet mag vereenzelvigen met de ringschaduwen, die men in het begin der ziekte uit een vroeginfiltraat ziet ontstaan¹⁾. Wel is men vrij algemeen tot de overtuiging gekomen, dat men met cavernen te doen heeft, eigenlijk meer omdat men geen andere aanmerkelijke verklaring voor de ringschaduwen weet, dan dat de bewijzen voor het bestaan van echte holten nu zoo bijzonder overtuigend zijn. Het phy-

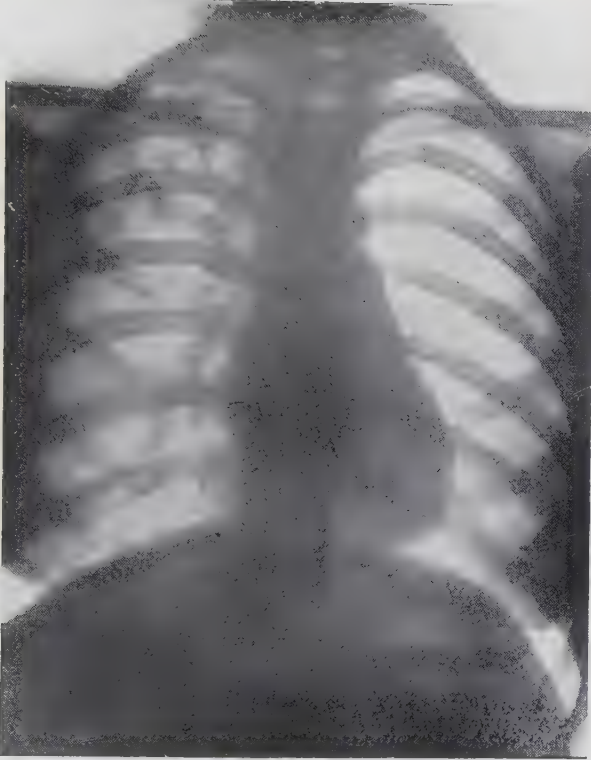
1) Zie JAQUEROD: Spléolologie pulmonaire. Paris 1928.



XIII



XIV



XV

sische onderzoek laat ook hier meestal in den steek. Het opvullen der cavernen met lipiodol, dat men, voor dat de na-deelige gevolgen van dit onderzoek bekend waren, heeft toegepast, om hier zekerheid te krijgen, had niet dat resultaat, dat men er van verwachten mocht.

Overtuigende bewijzen voor het bestaan van holten heeft men slechts voor enkele gevallen kunnen krijgen, die men echter niet generaliseeren mag.

Het feit, dat deze ringschaduwen, zooals men ze veiligheids-halve beter kon noemen, van grootte veranderen, geheel verdwijnen en zelfs ook weer terugkomen kunnen heeft onze landgenoot BRONKHORST ¹⁾ door een zeer ingenieuze hypothese trachten te verklaren. BRONKHORST is overtuigd met holten in het longweefsel te maken te hebben en neemt aan, dat de elasticiteitsverhoudingen daar ter plaatse de grootte van de caverne beheerschen. Wanneer er in het verkaasde infiltraat eenmaal een kleine holte ontstaan is, zal door de gelijkmatige tractie, die bij de inspiratie er op wordt uitgeoefend, een bolronde holte ontstaan. Het ligt voor de hand, dat de verminderde elasticiteit van het omringende longweefsel, dus de meer of minder belangrijke infiltratie, op deze wijze de holtevorming zou bevorderen, terwijl bij terugkeer van het elastische longweefsel de tractie op den wand van de holte moet verminderen.

Naar onze meening wordt het ontstaan der holten op deze wijze wel aannemelijk gemaakt, maar het verdwijnen kunnen wij ons minder gemakkelijk voorstellen.

POLAK DANIELS ²⁾ opperde, naar analogen gedachtengang, het denkbeeld, dat men in enkele gevallen met een interstitieele emphyseemblaas te maken zou hebben, die op dezelfde wijze zou ontstaan uit een scheur in het minder weerstand biedende geïnfiltreerde longweefsel, en eenige overeenkomst zou hebben met de ontwikkeling van de spontane pneumothorax bij longtuberculose.

Wij meenen een verklaring gevonden te hebben, die een eenvoudigere interpretatie van dit röntgenologische phaenomeen biedt.

1) W. BRONKHORST: Nieuwe opvattingen over de genezing van versche cavernen (Verslagen van de Tub. Studiecommissie van de N. C. V. tot bestrijding der Tuberculose II, 1928).

2) POLAK DANIELS: Over de zoogenaamde „Frühcaverne”. Ned. Maandschrift v. Gen. 1929.

We gaan daartoe uit van de veronderstelling, dat deze ring-schaduw niet in alle gevallen als echte cavernen moeten worden beschouwd. We laten de mogelijkheid open, dat dit voor een deel wel het geval is, maar nemen aan, dat ze dan ook niet zullen verdwijnen. In het bovenstaande hadden we dikwijls gelegenheid er op te wijzen, dat men steeds weer ervaart, dat tuberculeuse pneumonieën, evenals andere pneumonieën, spoorloos resorbeeren kunnen (Geval 19618 op blz. 69 demonstreert dit ten overvloede).

Wanneer we nu aannemen, dat een vroeginfiltraat, dat eenigen tijd bestaan heeft, en tot wat aspiratie-uitzaaiing en interstitieele reactie in de omgeving aanleiding heeft gegeven, niet tot verweeking, maar tot resorptie overgaat, zullen we dus te midden van meer of minder geïnfiltreerd longweefsel een kleine plek van ledige, gereinigde alveolen aantreffen. Wanneer we nu de theoretische overwegingen van BRONKHORST hierop toepassen, zullen we een bolvormige partij emphysemateus longweefsel moeten verwachten. Deze „caverne” is dus niet ledig maar met emphysemateus longweefsel gevuld. Het is nu niet moeilijk om ons voor te stellen, dat dit locale emphyseem allengs weer in gewoon longweefsel kan overgaan als de factoren, die de grootere plaatselijke rekking bewerkstelligden, wegvallen, evenals we dit aannemen voor het vicarieerend emphyseem bij allerlei pathologische toestanden (atelectase, pneumonie).

Onze opvatting van deze „cavernen”, of beter gezegd van een deel dezer cavernen, — want wij zijn overtuigd, dat er in andere gevallen wel degelijk destructie van longweefsel zal plaats vinden —, maakt het ook niet zoo logisch om in elk geval, waar we een kringschaduw ontwaren, en het geval er zich voor leent, te trachten deze „caverne”, door een kunstmatige pneumothorax te doen samenvallen.

HOOFDSTUK VII

Wanneer we tenslotte, onze door literatuurstudie en eigen ervaring vergaarde kennis overzien, en trachten, in korte trekken samengevat, een beeld te geven van den huidige stand van het vraagstuk der longtuberculose, dan kunnen wij in de eerste plaats vaststellen, dat de laatste decennien voor dit vraagstuk zeer vruchtbaar zijn geweest, en dat de phthisiologie in de laatste jaren van een stil en doodsch, tot een zeer levendig gebied in het rijk der geneeskunst is geworden. De grootste eer voor deze gelukkige metamorphose komt zonder twijfel aan de röntgenologie toe.

Het is vooral op het gebied van de tuberculose der volwassenen, dat onze inzichten zeer veranderd en verruimd zijn.

Omtrent de kindertuberculose zijn na het baanbrekende werk van KÜSS en VON PIRQUET, geen opzienbarende ontdekkingen meer gedaan, afgezien van het feit dat de röntgenologie ons een duidelijken inzicht in den snel wisselenden omvang van den primairen haard verschaft, zooals ELIASBERG en NEULAND¹⁾ het eerst aantoonde. We weten, hoe in onze streken een groot deel der menschheid, — volgens vele statistieken zelfs tot bijna 100%, maar naar onze statistiek op blz. 8, in den Haag slechts $\pm 50\%$ —, in de kinderjaren een kleine tuberculeuse pneumonie doormaakt, die met aanzienlijke hilusklierzwellings gepaard gaat, dat deze aandoening in den regel geneest, veelal met achterlating van verkalkte litteekens in long en hilusklieren en dat de positieve huidreactie van VON PIRQUET dan voor het verdere leven als manifestatie van de door-gemaakte ziekte en als bewijs van den ingetreden allergischen toestand moet worden opgevat. Dat deze primaire infectie door exogene besmetting optreedt, is in zeer vele gevallen aan geen twijfel onderhevig. Wanneer we omtrent het lot van de leer van het filtreerbare tuberculosevirus niet nog in het on-

1) ELIASBERG u. NEULAND: Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 93.

zekere verkeerden, zouden we bij de jeugdinfectie zelfs een intrauterine besmetting wel als zonder belang ter zijde kunnen stellen, althans uit practisch oogpunt beschouwd. Hoewel er omtrent de onderzoekingen over het filtreerbare tuberculose-virus onbegrijpelijk tegenstrijdige resultaten worden gemeld, achten we het toch verre van uitgesloten, dat we hier voor verrassende feiten gesteld kunnen worden.

In tegenstelling met de kindertuberculose, is de tuberculose der volwassenen, vaak leidende tot het schrikbeeld van de sloopende phthisis, de laatste jaren in het middelpunt der belangstelling komen te staan. De vorderingen, die de wetenschap op dit gebied maakte, moeten grootendeels op rekening der röntgenologie worden gesteld. De oudere clinici, die voornamelijk uit clinischen indruk en uit bevindingen van percussie en auscultatie de diagnose longtuberculose moesten stellen, zijn op alleszins verklaarbare wijze tot de opvatting gekomen, dat de ziekte in den longtop begint en dan allengs naar onderen toe voortschrijdt. Deze leer heeft trouwens nu nog menigen aanhanger ook bij niet-patholoog-anatomen ¹⁾.

Ons onderzoek gaf steun voor de nieuwere opvatting, dat we dit standpunt verlaten moeten. Ten eerste bleek ook ons, dat datgene, wat men vroeger voor topaandoening placht te houden, meestal op een veel uitgebreidere, slechts röntgenologisch afgrensbare afwijking berust. Uit deze waarneming volgt vanzelfsprekend, dat men geen bewijsmateriaal voor de deugdelijkheid der oude opvattingen mag aanvoeren, dat niet met röntgenfoto's gestaafd wordt, zooals veelvuldig geschiedt.

Ten tweede spraken ook meerdere gevallen die wij konden aanvoeren er voor, dat de werkelijke topafwijking als eindphase moet worden opgevat, terwijl ze zeker niet voor de opvatting pleitten dat de topafwijking als begin eener uitgebreidere tuberculeuse aandoening moet worden opgevat. We voegden er een hypothetische verklaring aan toe voor de, vaak recidiveerende, haemoptoë's, die we bij de oude topafwijkingen zeer dikwijls zagen optreden.

We dienen ons goed bewust te worden, dat men, door gebrek aan contrôlemethoden, er toegekomen is de mogelijkheden, die de percussie en auscultatie ons bieden, zeer verre te over-

1) Zie bijv. K. BADEN: Die Beziehungen des sogenannten Frühinfiltrats zur Phthiseogenese. Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. 71, Hft. IV, 1929.

schatten. Het is voor onze diagnostiek van veel belang, dat we ons door ijdel en waan niet langer laten verblinden, en ons buigen voor de werkelijkheid, die op onweerlegbare feiten berust, dat de methoden van fysisch onderzoek eigenlijk zeer gebrekkige methoden zijn. Een ieder, die geregeld zijn eigen onderzoek-resultaat röntgenologisch kan controleeren, zal hiermede instemmen. We willen hiermede natuurlijk allerm minst zeggen, dat we, als röntgenonderzoek mogelijk is, het fysische onderzoek wel achterwege kunnen laten. Er zijn vele gegevens, die we op de foto niet zien kunnen, maar wel met fysisch onderzoek te weten kunnen komen. De oudere onderzoeksmethoden blijven hier haar volle waarde behouden. De onderzoeker behoort echter te weten, wat hij van de methode verlangen kan, en er voor te waken, niet met fantasie aan te vullen, wat hij aan positieve gegevens te kort komt.

Met instemming halen we hier een zinsnede aan uit het boek van WINGFIELD ¹⁾: „I must reaffirm, and that with the heaviest emphasis, that in the diagnosis of many cases of early pulmonary tuberculosis the stethoscope may be absolutely useless and if undue importance is credited to its findings in these cases, it becomes a dangerous instrument”.

Anderzijds moeten we echter zorgvuldig oppassen ten opzichte van de röntgenologie niet in dezelfde fouten te vervallen. Ook hier heeft men tenslotte met een onderzoeksmethode te doen, die slechts begrensde mogelijkheden levert. Het zal nuttig zijn onze fantasie hier in te toomen en steeds te bedenken, dat we slechts met schaduwbeelden te doen hebben, die in een zeker wetmatig verband staan met de afwijking, maar er allerm minst als welgelijkende afbeelding van kunnen worden beschouwd. Dat het röntgenonderzoek voor de pathysiologie zeer vruchtbaar is gebleken, is overigens niet te loochenen. Als één der fraaiste resultaten is het herkennen van de vroeginfiltraten als begin van de tuberculose der volwassenen te beschouwen, temeer daar in vele gevallen deze afwijking noch anamnestic noch door de andere gebruikelijke onderzoeksmethoden haar aanwezigheid verraadt.

Gelijk wij boven nader uiteenzetten, meenden wij te kunnen bevestigen, dat hiermede een groote stap voorwaarts gedaan is,

¹⁾ WINGFIELD: Modern methods in the Diagnosis and Treatment of pulmonary tuberculosis, 1925.

hoewel nog vele bijkomstige zaken, zooals o.a. de meer of minder groote collaterale ontsteking, de exogene of endogene herkomst der smetstof, als onopgehelderd moeten worden beschouwd. Tevens wezen wij er op, dat naar onze meening het vroeginfiltraat niet in alle gevallen als het eenige mogelijke beginstadium mag worden opgevat, doch dat er alle reden is om daarnaast ook een andere langzame beginvorm aan te nemen, die meer overeenkomt met de tot voor enkele jaren algemeen heerschende opvatting, met dat verschil, dat in plaats van den longtop, de hilus als uitgangspunt wordt aangenomen, van waar uit langs lymphogenen weg een interstitieele ontsteking allengs in het longweefsel zou voortschrijden, die als perilobulitis zou kunnen worden gekenschetst.

Meerdere ervaring zal moeten uitwijzen of er gronden zijn voor de zich van zelf opdringende, verleidelijke, hypothese, dat in den strijd over de exogene of endogene reïnfectie de waarheid in het midden ligt, in zooverre, dat het vroeginfiltraat door exogene, de perilobulitis door endogene reïnfectie tot stand komt.

Nu willen we ons nog afvragen in hoeverre de nieuwere inzichten voor de bestrijding der tuberculose van belang geacht moeten worden.

De mortaliteitsstatistiek wijst onbetwistbaar uit, dat de bestrijding in deze eeuw goede resultaten heeft gehad. Het is echter ook niet aan twijfel onderhevig, dat in de vervlogen jaren onze sanatoria wel gevallen herbergden, die er ten onrechte waren heengezonden. De gebrekkige hulpmiddelen der diagnostiek en de heerschende opvatting omtrent de pathogenese, leidden daar vanzelf toe. Over het aantal dezer gevallen — of het groot of klein is — kan men twisten zonder eind, daar zekere bewijzen moeilijk te leveren zijn. Voor de toekomst, nu onze hulpmiddelen beter zijn geworden, zullen we verplicht zijn met de diagnose tuberculose zeer voorzichtig te zijn, daarbij overwegende, dat we een even groote fout begaan uit medisch en maatschappelijk oogpunt, door ten onrechte de diagnose tuberculose te stellen, als door in de diagnose te falen, waar ze positief te stellen was.

Daartoe moeten we vóór alles ons vertrouwd maken met het nieuwere inzicht, dat de longtuberculose zeer dikwijls als een acute ziekte begint, meestal onder het beeld van kouvatten

of griep. Het is natuurlijk alleen het klinische begin, dat hier gemeend wordt, een eventueele latente phase, die er aan voorafgegaan is, kan men in de meeste gevallen niet uitsluiten. Op de tabel op pag. 67 hebben wij aangegeven dat bij onze gevallen in 53% een acuut begin, in 47% een chronisch begin op te merken was. De initiale haemoptoë's hebben we tot het acute begin gerekend. BLANCHE ¹⁾, die in zijn proefschrift hierover eveneens een statistisch onderzoek heeft verricht, vond dit acute, koortsige begin in 50% van zijn gevallen. Daarnaast kondigde in 13% de ziekte zich aan door een haemoptoë in volle gezondheid, en in 37% werd het klassieke, sluipende begin aangetroffen. Waarom het ééne geval geheel anders dan het andere verloopt is niet duidelijk. Men zou wellicht verwachten, dat de acute gevallen op een vroeginfiltraat, de chronische op de lymphogeen ontstaande perilobulitis zouden berusten, doch zoo eenvoudig is deze quaestie zeker niet. We vonden immers ook van tijd tot tijd vroeginfiltraten, die geen of slechts zeer vage klachten veroorzaakten, en zoo een sluipend beginnende tuberculose te zien gaven. Waarom twee gevallen, die overigens een zoo gelijksoortig voorkomen hebben, klinisch geheel uiteenloopende verschijnselen geven, is ten eenenmale onverklaard.

Voor de praktijk kunnen we uit deze waarnemingen de leering trekken, dat we z.g. „grieppatiënten” steeds, maar vooral als ze (vaak 's morgens) wat blijven hoesten en opgeven, wantrouwen moeten. Het onderzoek van het sputum is in deze gevallen zeer noodig en zal vaak tot onaangename verrassingen leiden.

Het aantoonen van tuberkelbacillen in het sputum mag echter aan den anderen kant niet de meening doen post vatten, dat men met een vergevorderd, — immers reeds open, — geval van tuberculose te doen heeft, daar we aannemen, dat aan deze acuut ontstaande tuberculeuse pneumonie geen gesloten phase voorafgaat.

Het physische onderzoek zal minder vaak positieve gegevens opleveren. Wij merkten reeds op, hoe in vele gevallen, waar een handpalmgroot infiltraat aanwezig blijkt, men of heelemaal niets, noch bij percussie noch bij auscultatie, of slechts enkele bronchitische geruischen waarneemt.

¹⁾ BLANCHE: Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Thèse. Paris 1927.

Men zal dus goed doen de negatieve uitkomst van dat onderzoek niet te zwaar te laten wegen.

De verdere klinische verschijnselen zijn voor de diagnose „beginnende longtuberculose”, over het algemeen, van meer belang dan de percussie en auscultatie. We meenen hiermede het algemeene uiterlijk, het subjectieve gevoel van onwelzijn, de in meer of mindere mate verhoogde lichaamstemperatuur, lymphklierzwellen, het nachtzweeten, de hoest, vermagering, terwijl natuurlijk ook de anamnese (pleuritis e.d.) waardevolle gegevens kan verschaffen. Daarbij kan het bloedonderzoek, zoowel de leukocytenformule als de bepaling van de bezinkings-snelheid zeer sterke aanwijzingen geven. Tenslotte zijn er nog eenige, weinig voorkomende, klinische waarnemingen die ons aan tuberculose moeten doen denken.

We wijzen in dit verband op de miltvergroting als vroeg-symptoom zooals o.a. POLAK DANIELS ¹⁾ nog onlangs beschreef en op de thrombophlebitis van de vena femoralis, die wij in een geval waarnamen in het begin van een acuut ontstane, koortsige ziekte, die haar waren aard na eenige dagen door een haemoptoë verried. Sputumonderzoek en het verdere beloop, brachten een versche longtuberculose aan het licht. Ten onrechte zou men in een dergelijk geval aan een longembolie denken.

Dergelijke gevallen werden beschreven door HIRTZ ²⁾ en HALBRON ³⁾. De mogelijkheid dat de thrombophlebitis in deze gevallen tot exacerbatie van een reeds bestaande longafwijking leidde is natuurlijk niet uit te sluiten, maar moet toch o.i. wel onwaarschijnlijk worden geacht.

In vele gevallen, waarbij de kliniek slechts tot vermoeden aanleiding geeft en het sputum of afwezig of negatief is, zal alleen door röntgenonderzoek zekerheid verkregen worden.

Het is voor den arts in de algemeene praktijk zeker een ontgoocheling, dat allengs gebleken is, dat hij de hulp van den röntgenoloog niet meer missen kan voor een bevredigende diagnostiek, in het feit moet men echter berusten. Om deze reden is het in het belang van een goede tuberculosebestrijding noodig, dat over het geheele land gelegenheid bestaat voor röntgenologisch onderzoek. Over het algemeen zullen de con-

1) POLAK DANIELS: Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1930.

2) HIRTZ: Phlébite tuberculeuse précoce. Soc. méd. des hopitaux 1894, p. 383.

3) HALBRON: Phlébite précoce des tuberculeux. Presse médicale 1905, p. 175.

sultatiebureaux, door specialisten geleid, hiervoor de aange-
wezen plaatsen zijn. Wij zouden er met nadruk op willen wijzen,
dat naar onze meening een consultatiebureau, waar geen rönt-
genonderzoek mogelijk is, in onzen tijd geen recht van bestaan
meer heeft.

Het is beter om desnoods, teneinde een goede outillage mo-
gelijk te maken, het aantal consultatiebureaux in te perken of
ze ondergeschikt te maken aan grotere bureaux.

De tuberculosebestrijding zal verder voort moeten gaan met
zooveel mogelijk de bacillenhoestende patiënten te isoleeren,
in de eerste plaats om de besmetting van kinderen te voorkomen
— aan welke mogelijkheid wel niemand meer twijfelt — maar
toch ook in het belang der volwassenen. Naar we boven uiteen-
zetten, speelt naar onzen indruk de exogene besmetting ook
voor de tuberculose van volwassenen een niet te onderschatten
rol.

Men zou zich kunnen afvragen, of aan deze directe beveiliging
tegen den tuberkelbacil ook niet eenige bezwaren verbonden
zijn. Naar analogie van de ervaring bij volken, waarbij de tuber-
culose niet endemisch is, zou men kunnen meenen, dat er kans
bestaat, dat de kinderen, die steeds tegen besmetting gevrij-
waard worden, wanneer ze later, na den puberteitsleeftijd,
aan besmetting bloot staan, een veel ernstiger ziektebeeld
zullen vertoonen, dan wanneer ze een partieele immuniteit
uit hun jeugd hadden meegekregen. Deze zuiver theoretische
overweging, die tot nu toe nog allerminst door feiten gestaafd
wordt, zullen we niet nader bespreken.

Tenslotte willen we nog een oogenblik stilstaan bij de belang-
wekkende beschouwingen, die BRÄUNING ¹⁾, de leider van het
consultatiebureau te Stettin, den laatsten tijd propageert.
BRÄUNING is tot de overtuiging gekomen, dat 80% der begin-
gevallen te laat op zijn consultatiebureau werden vastgesteld
en hij meent, dat dit verklaard moet worden uit het feit, dat de
tuberculose aanvankelijk geen verschijnselen gaf, die medisch
advies wenschelijk maakten. De eenige uitweg uit deze moei-
lijkheid ziet BRÄUNING daarin, dat men tracht de ziekte op te
sporen vóór ze subjectieve verschijnselen geeft, en daartoe acht
hij het noodig ook gezonde personen regelmatig één maal per

1) BRÄUNING: Das rechtzeitige Auffinden der Tuberkulösen. Ergebnisse der ges.
Tuberkulose-Forschung. Band I, 1930.

jaar röntgenologisch te controleeren, hetgeen met doorlichten zeer snel en met weinig kosten kan geschieden. Hij stelt voorloopig als eisch, dat men per 10.000 inwoners 2000 doorlichtingen per jaar moet verrichten, daarbij natuurlijk in de eerste plaats kiezende personen uit de omgeving van tuberculosepatiënten, en verder vooral 15- tot 20-jarigen. Het voorstel van BRÄUNING lijkt ons verwerpelijk. Hij gaat bovendien uit van een praemisse, die ons onjuist lijkt. We merkten hierboven reeds op, dat naar onze meening de longtuberculose zeer dikwijls zonder latent voorstadium, acuut optreedt en naar onze overtuiging vallen onder de 80% te laat ontdekte afwijkingen voor een groot deel zulke gevallen. Daarnaast komt het ongetwijfeld voor, dat er wel een zoodanig latent stadium is geweest, maar ook dan achten we BRÄUNING's werkmethode niet de juiste. Immers met het doorlichten éénmaal per jaar zal men toch slechts een gering aantal dezer gevallen opsporen, daar naar onze meening de latentie niet over jaren loopt, doch meestal slechts over maanden. Al zal BRÄUNING op den wijze natuurlijk van tijd tot tijd een vroeg geval op het spoor komen, voor een doeltreffende tuberculosebestrijding zou men minstens maandelijks moeten doorlichten en de onmogelijkheid hiervan voor de geheele bevolking behoeft geen nader betoog.

Niettemin kunnen we in zeker opzicht met BRÄUNING meegaan, namelijk voor zoover het betreft personen uit de onmiddellijke omgeving van open tuberculoselidder, dus familieleden, verpleegsters enz., mits dan de röntgenologische contrôle met korte tusschenpoozen, liefst maandelijks, geschiedt. Uit financiële overwegingen, meenen wij, dat men in deze gevallen alleen met doorlichten volstaan kan, wanneer er geen directe aanleiding bestaat ook andere onderzoeksmethoden toe te passen.

STELLINGEN

I

Een duidelijk uitgesproken hippus, synchroon met de ademhaling, is een waardevol symptoom voor de diagnose van mediastinumgezwellen.

II

De sympathische ophthalmie berust waarschijnlijk op een voortgeleide infectie langs de lymphbanen van den nervus opticus.

III

Onder bepaalde pathologische omstandigheden moeten aan het omentum majus actieve bewegingen worden toegeschreven.

(SCHUTZ, Surgery Gynec. and Obst. L. N°. 3).

IV

De z.g. carcinoiden van de appendix zijn afkomstig van de argentaffine cellen van de klieren van LIEBERKÜHN.

V

De icterus neonatorum is van haematogenen oorsprong en is als acclimatisatieverschijnsel op te vatten.

VI

De bacillus hepatodystrophicans (Kuczynski) mag niet als de verwekker van de gele koorts worden beschouwd.

VII

In tegenstelling met de viervoetige zoogdieren, treedt bij den mensch een verandering der motiliteit op, bij decerebratie boven de roode kern.

VIII

Naast hormonale invloeden spelen stofwisselingsproducten van de lever een belangrijke rol bij de regeling van den tonus en de contractiliteit van de zwangere baarmoeder.

